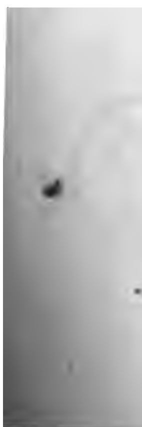


LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU



LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU

SCEAUX. — TYP. ET STÉR. M. ET P.-E. CHARAIRE.

LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU

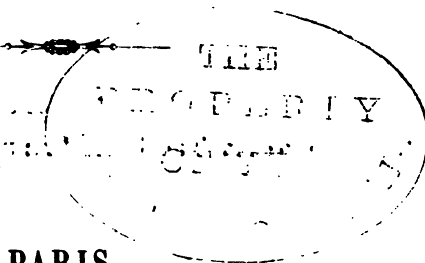
PROFESSÉES

A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

PAR

M. LE Dr E. GUIBOUT
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC





PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1876

Quelques-unes peuvent être considérées comme des émonctoires, comme des crises salutaires, destinées à débarrasser l'économie d'autres maladies plus graves et plus profondes.

Le plus grand nombre sont des *symptômes*.

Ainsi les unes, comme certains exanthèmes, sont la conséquence et comme l'écho d'accidents gastro-intestinaux, passagers ou chroniques.

Les autres traduisent d'une manière matérielle et sensible ces états morbides généraux, aigus et variés, désignés sous les noms de *fièvres essentielles*, *fièvres éruptives pyrexies*.

C'est sur la peau que presque toutes nos diathèses se révèlent par des lésions qui sont les caractères distinctifs et pathognomoniques de chacune d'elles.

C'est sur la peau que l'herpétis, la syphilis, la scrofule nous apparaissent le plus habituellement. Elle est leur terrain, leur siége d'élection ; c'est là que le plus souvent nous avons à constater leur existence, à établir leur diagnostic.

Le cancer s'y montre avec ses tubercules et ses ulcérations, et la lèpre avec ses anesthésies et ses colorations cuivrées.

La peau est donc comme un vaste champ ouvert au développement d'une multitude de lésions, aussi variées dans leurs formes et dans leurs aspects qu'elles le sont dans leur nature ; et toutes ces lésions, qui constituent les maladies dont nous la voyons atteinte, ne sont que les

signes extérieurs et que la traduction d'autres maladies plus profondes, locales ou générales.

Envisagées à ce point de vue élevé, les dermatoses prennent une importance capitale : ce ne sont plus seulement les maladies de notre tégument externe, ce sont encore, et le plus souvent, les maladies de tout l'organisme, de toute la constitution, puisqu'elles sont les symptômes de nos diathèses et de nos troubles fonctionnels.

Elles sont donc intimement, indissolublement liées à toute la pathologie, dont elles sont un des flambeaux, en même temps qu'elles en reçoivent les traits lumineux qui nous permettent d'apprécier leur caractère et leur nature.

Telle est l'idée que l'on doit se faire des maladies de la peau, et c'est ainsi que nous nous sommes efforcé de les présenter dans ce livre, que nous avons divisé en deux parties.

Dans la première partie, nous donnons la clef de la dermatologie, en étudiant d'abord les lésions élémentaires ou anatomo-pathologiques dont procèdent les dermatoses; puis nous jetons un coup d'œil général sur leur ensemble; nous voyons comment, et en vertu de quels principes et de quels caractères ,elles peuvent être classées, groupées ou divisées; nous indiquons ce que doit être leur diagnostic, comment il faut le comprendre, sur quels points il doit porter, et quelles sont les difficultés qu'il présente.

Après ces considérations générales, nous abordons l'histoire des affections génériques, c'est-à-dire des affections de la peau prises isolément, et constituant chacune

LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU

PREMIÈRE LEÇON

Considérations générales sur le diagnostic des maladies de la peau.

Messieurs,

J'ai l'habitude de commencer mes leçons sur les maladies de la peau par des considérations générales afférentes à ces maladies. C'est ainsi que, l'année dernière, j'ai consacré ma première conférence à l'étude comparative des muqueuses et de la peau, envisagées au triple aspect de leur structure anatomique, de leurs fonctions physiologiques et de leurs maladies. J'ai démontré cliniquement que, s'il existe entre les muqueuses et la peau de frappantes analogies au point de vue de la structure et des fonctions qu'elles ont à remplir, ces analogies ne sont ni moins nombreuses ni moins frappantes si on les considère par rapport aux affections dont elles sont atteintes. Et cela est si vrai, qu'il est impossible de rien comprendre aux maladies cutanées, à leur étio-

logie, à leur développement, à leur nature et à leur traitement, si on ne connaît pas bien ces grandes lois de relation, de synergie et d'antagonisme qui existent entre les muqueuses et la peau.

Aujourd'hui, je veux vous présenter quelques vues d'ensemble sur le diagnostic de ces maladies. Je vous dirai d'abord ce que doit être le diagnostic, quels sont les points qu'il doit déterminer; nous étudierons ensuite les causes d'erreur, les difficultés dont il s'entoure et qu'il est d'une importance capitale de bien connaître.

Que doit être le diagnostic dans les maladies de la peau? — Le diagnostic, dans l'étude et la pratique des maladies cutanées, doit s'attacher à la détermination de trois points essentiels : 1° l'*espèce*, 2° le *genre*, 3° la *nature* de la lésion.

1° *L'espèce.* — Les anciens dermatologistes, Alibert, Willan, Bateman, appelaient l'*espèce* la lésion élémentaire; le langage plus précis de notre époque lui a donné le nom de *lésion anatomique.* Nous conserverons cette définition, qui donne une idée juste de l'espèce.

2° *Le genre.* — Le genre se constitue par l'ensemble et la variété des caractères distinctifs que revêt une espèce. Voici une vésicule transparente, petite, acuminée, avec sillon à la base, sans inflammation périphérique, s'accompagnant d'un prurit intense, avec exacerbation le soir et sous l'influence de la chaleur du lit. A l'aide de ces caractères particuliers, nous constituerons le genre *gale.*

3° *La nature de la maladie.* — Une fois le genre

déterminé, il faut chercher la nature de la maladie; en d'autres termes, il faut établir si la maladie est idiopathique et purement accidentelle, ou si, au contraire, elle n'est que la manifestation d'un état général qui la tient sous sa dépendance. Prenons un exemple : Voici un homme qui présente, sur la face antérieure de l'avant bras, un soulèvement épidermique formé par du pus; quand nous aurons dit que cette lésion est une pustule, nous aurons fait le diagnostic de l'espèce. Cette pustule est large, arrondie, isolée, élevée sur un fond érythémateux, remplie d'un pus grisâtre qui se concrète en donnant lieu à une croûte brunâtre; avec ces caractères de l'espèce, nous constituons le genre *ecthyma*. Mais, cet ecthyma, quelle est sa nature? Est-il simple, c'est-à-dire résultant d'une irritation locale? Est-il saisonnier, conséquence de l'influence exercée sur l'économie par les changements climatériques apportés par le printemps? Existe-t-il comme symptôme de la gale? Ou bien est-il syphilitique, c'est-à-dire expression de l'évolution syphilitique arrivée à sa période tertiaire et ulcérative? Ou bien, enfin, est-il cachectique, c'est-à-dire dû à l'influence de la misère, de la vieillesse ou de toute autre cause d'affaiblissement physiologique? Nous voyons par là combien il importe que le diagnostic précise les trois points que nous venons de signaler et particulièrement celui qui a trait à la nature de l'affection, sous peine de rester dans une indétermination toujours désastreuse pour les intérêts du malade. Comment établirons-nous cette troisième et si importante partie du diagnostic? Ce sera en recherchant avec le plus grand soin les caractères propres à telle ou telle diathèse, caractères que nous pourrons trouver avec une habitude suffisante de la

clinique, et qui nous permettront d'établir si une dermatose est idiopathique ou si, au contraire, elle est le symptôme de l'herpétisme, de la syphilis ou de la scrofule. Ainsi conçu, le diagnostic des affections cutanées est-il facile ou difficile à établir ?

Lorsque, dans le silence du cabinet, on médite sur ce sujet, la première idée à laquelle l'esprit s'arrête, c'est que ce diagnostic est facile. En effet, les maladies de la peau s'offrent à nos sens par une foule de caractères objectifs dont la vue, le toucher et jusqu'à l'odorat nous rendent compte. N'est-ce pas l'odeur de souris qui complète le diagnostic de la teigne faveuse ? Et l'odeur fétide répandue par les croûtes de rupia n'est-elle pas un des bons caractères de cette lésion de la syphilis ? Et, d'autre part, quelle différence entre les maladies de la peau, qui sont presque tout entières dans leurs caractères extérieurs, et les affections viscérales, cachées à nos regards dans la profondeur des organes, et ne se révélant à nous que par des symptômes médiats et souvent trompeurs ? Et néanmoins nous dirons que le diagnostic des maladies de la peau, en général facile, est dans certains cas très-difficile. Or les difficultés qu'il présente procèdent de cinq causes principales que je vais énumérer :

1° *Première cause de difficulté.* — L'ancienneté de la maladie, les consultations tardives demandées par les malades rendent très-épineux le rôle du médecin vis-à-vis des affections cutanées dont ils sont atteints. Ces affections subissent des modifications qui sont l'œuvre du temps, et la lésion primitive disparaît, privant ainsi le médecin d'un élément précieux de diagnos-

tic. Les vésicules qui constituent la première période de l'eczéma, les vésicules d'herpès, les pustules d'impétigo, les bulles de la première phase du rupia, peuvent être citées en exemple de cette durée éphémère de certaines lésions primitives. Il faut essayer alors de reconstituer par les commémoratifs, c'est-à-dire par une interrogation bien conduite, l'histoire des lésions du début : il faudra déterminer, par exemple, si la dermatose était d'abord sèche ou humide, si elle présentait des squames véritables ou des débris de vésicules ; il faudra, en un mot, rechercher avec soin les traces de la lésion primitive, qui pourront mettre sur la voie du diagnostic.

2° *Deuxième cause de difficulté.* — Une deuxième cause de difficulté réside dans l'influence exercée par des traitements erronés qui, procédant de diagnostics erronés eux-mêmes, ont modifié l'aspect et les caractères extérieurs de la lésion. Ne voit-on pas chaque jour la syphilis, la scrofule, l'herpétisme être invoqués à tort pour expliquer la nature d'affections auxquelles ces diathèses sont étrangères ? Mais de ces diagnostics portés à faux résulteront des traitements intempestifs qui se traduiront, vis-à-vis de la maladie, par une exacerbation des symptômes dont elle s'accompagne. Le rôle du médecin éclairé apparaît ici comme un rôle réparateur. Il commencera par établir un traitement rationnel, émollient et antiphlogistique, par exemple, destiné à faire disparaître les désordres produits par une thérapeutique antérieure mal dirigée. Et alors peut-être, quand il aura effacé les traces laissées par un traitement irritant, pourra-t-il ressaisir quelque

chose de la lésion primitive et déterminer ainsi la véritable affection dont le malade est atteint.

3° *Troisième cause de difficulté.* — Souvent il arrive que des lésions de nature et d'espèce diverses coexistent sur la même région. On voit alors, ou bien chaque maladie garder son caractère propre, ou bien l'ensemble prendre un aspect uniforme, à cause de la prédominance de l'une des lésions. C'est ainsi qu'une couche d'impétigo peut recouvrir une poussée de tubercules mentagreux et en faire méconnaître la présence. Nous avons eu dernièrement, au n° 50 de la salle Saint-Charles, un malade qui portait, à l'entrée du nez, un chancre primitif et induré recouvert d'impétigo. L'impétigo fut seul diagnostiqué, et l'erreur ne fut reconnue que le jour où il disparut sous l'influence d'un traitement convenable, laissant à découvert le chancre dont il masquait la présence. Lorsque plusieurs lésions coexistent ainsi, on les voit d'autres fois se confondre en quelque sorte et produire une affection mixte, une sorte de métis né de la fusion de leurs caractères respectifs. Il en est ainsi de la combinaison si fréquente de l'eczéma et de l'impétigo : de cette combinaison résulte une affection qui tient à la fois de l'un et de l'autre genre, et que l'on a appelée *eczéma impétigineux.* Le malade n° 34 de la salle Saint-Charles nous présente un exemple de cette cause de difficulté. Il est atteint d'une affection à laquelle nous donnerons le nom de *psoriasis eczémateux ;* car si elle appartient, par ses squames, leur forme et leur épaisseur, au psoriasis, d'un autre côté, elle se rapproche de l'eczéma par sa coloration et par le fond humide sur lequel ces squames se sont développées.

4° *Quatrième cause de difficulté.* — Une quatrième cause de difficulté pour le diagnostic des maladies de la peau réside dans le siége occupé par ces affections. Un exemple fera comprendre notre pensée. L'herpès est une affection fréquente qui affectionne certains lieux d'élection, tels que le pourtour de la bòuche, dont elle fait son siége habituel et où elle revêt des caractères toujours faciles à reconnaître. Mais que l'herpès vienne à se montrer sur une autre région, telle que le prépuce ou la vulve, quel aspect différent ne revêtira-t-il pas alors et de quelles incertitudes n'entourera-t-il pas le diagnostic ? Là, en effet, ses vésicules si pathognomoniques par leur forme, par leur persistance et par les croûtes qui les remplacent, n'ont aucune durée, et rarement on peut les constater ; jamais elles ne laissent de croûtes après elles. L'ulcération est donc le seul caractère de l'herpès, caractère bien insidieux en raison du siége ; car, trop souvent, vous verrez des ulcérations tout à fait innocentes et purement herpétiques être prises pour des chancres. Ces modifications si profondes imprimées à la physionomie de l'herpès, quand il s'est développé sur les régions qui nous occupent, sont dues à l'excessive ténuité de l'épithélium qui revêt la muqueuse des organes génitaux, à l'humidité qui baigne ces parties, à leur contact réciproque et aux divers frottements qui s'y opèrent. Prenons un autre exemple. Le psoriasis affectionne de préférence la peau sèche et épaisse ; mais vient-il à se développer sur les parties fines et humides de la peau, alors il modifie profondément ses caractères : les squames ne présentent plus leur épaisseur et leur coloration blanchâtre caractéristiques. Voici un homme qui est

atteint de psoriasis de la verge et des bourses. En raison de la finesse et de l'humidité de la peau qui recouvre ces régions, ce psoriasis revêt un aspect particulier : ses squames sont minces ; elles sont comme foliacées, et il serait presque impossible de déterminer leur véritable nature s'il n'existait en même temps, sur d'autres parties du corps de cet homme, d'autres plaques de psoriasis, revêtues, celles-là, de leurs caractères normaux, et qui sont pour nous le trait lumineux qui éclaire notre diagnostic. La nature du terrain exerce donc une incontestable influence sur les maladies cutanées ; et cette influence, nous pouvons la comparer à celle qu'exercent sur les végétaux le climat et le milieu dans lequel ils vivent.

5° *Cinquième cause de difficulté.* — Elle réside dans les formes bizarres et rares que peuvent revêtir certaines affections cutanées. Si le psoriasis, par exemple, est facile à distinguer quand il se présente sous sa forme habituelle, il devient, en revanche, difficile à reconnaître s'il s'offre à nos yeux sous les formes *gyrata* et *circinata*, ou encore sous la forme *guttata*, lorsqu'il est dépourvu de squames. Dans ces trois formes, il ressemble, à s'y méprendre, à la syphilide papuleuse et à la syphilide circinée tardive. Quoi de plus facile à diagnostiquer qu'une syphilide papuleuse ou tuberculeuse ? Et, maintenant, quoi de plus difficile à définir que cette forme végétante et cornée que nous voyons sur la figure de cette jeune femme atteinte de syphilis ? La syphilis a été comparée avec raison à un Protée qui revêt tour à tour mille aspects divers ; elle est souvent insaisissable sous ses divers déguisements. Elle peut donc nous donner la mesure des difficultés que rencontre,

dans le diagnostic des maladies de la peau, le praticien incomplétement éclairé sur la variété de leurs métamorphoses.

Vous le voyez, messieurs, il était bon d'attirer votre attention sur le diagnostic des maladies de la peau et sur les difficultés qui l'entourent, difficultés qui, loin de vous effrayer, doivent être pour vous un puissant stimulant. Les maladies de la peau sont très-fréquentes et se présentent à chaque pas dans la carrière du médecin. Songeons qu'elles sont presque toujours graves ; que leur gravité est telle pour quelques-unes, comme le rupia et le pemphigus, qu'elles mettent la vie du malade en danger. Si, parmi elles, il en est qui présentent des lésions plus bénignes, néanmoins on peut dire qu'elles sont presque toujours graves, en raison de la longueur de leur évolution, de leur ténacité et des mécomptes dont elles sont la source pour les malades qu'elles arrachent aux occupations de la vie sociale, et qu'elles obligent quelquefois, par tout ce qu'elles présentent de difforme et de répugnant, à se soustraire aux regards du monde, lorsque les exigences impérieuses d'un traitement presque toujours pénible ne les condamnent pas déjà à un repos forcé et à une longue immobilité.

DEUXIÈME LEÇON

Considérations générales sur le diagnostic des maladies de la peau *(suite)*.

Messieurs,

Dans la précédente conférence, je vous ai parlé du diagnostic dans les maladies de la peau. Je vous ai dit d'abord ce qu'il doit être, c'est-à-dire quels sont les points qu'il doit déterminer. Ces points, vous ai-je dit, sont au nombre de trois : 1° l'*espèce*, c'est-à-dire la lésion anatomique elle-même qu'il s'agit de dénommer; 2° le *genre*, c'est-à-dire la détermination de telle ou telle affection cutanée constituée par un ensemble de caractères similaires présentés par la même espèce; 3° la *nature*, c'est-à-dire l'essence même de l'affection, sa signification, sa valeur comme entité morbide.

Cela posé, nous nous sommes demandé si le diagnostic, ainsi compris, est facile, et je vous ai montré que, malgré des apparences de très-grande facilité, le diagnostic des maladies de la peau est en réalité très-souvent difficile ; je vous ai indiqué quelles sont les causes qui le rendent d'une difficulté parfois excessive.

Aujourd'hui, avant d'entrer dans le cœur même du sujet qui doit nous occuper, c'est-à-dire dans l'étude clinique des différentes dermatoses, j'ai cru convenable

de vous présenter encore quelques considérations générales sur le diagnostic, sujet si vaste, si difficile et si digne de fixer toute votre attention. Nous ne l'envisagerons plus, comme la dernière fois, relativement à ses difficultés ; mais nous le considérerons en lui-même, avec plus de développement et à un point de vue plus large que dans la précédente conférence ; nous nous demanderons ce qu'il est, ce qu'il doit être, quels sont les horizons qu'il doit ouvrir et développer à nos yeux.

Ce sujet, messieurs, est bien vaste, et il comprend plusieurs parties.

Avant tout, il faut savoir reconnaître, discerner et dénommer des lésions élémentaires, des squames, des vésicules, des pustules, des papules, des tubercules, etc.

En second lieu, après avoir étudié ces éléments morbides individuellement, en eux-mêmes, et d'une manière abstraite, il faut les apprécier dans la variété de leurs caractères, de leur aspect et de leur physionomie; car ces différences, ces nuances suffiront pour caractériser des dermatoses de noms différents : ainsi, par exemple, les squames, suivant leur degré d'épaisseur et de consistance, suivant leur étendue et leur degré d'adhérence, constituent, ici un *psoriasis*, là un *pityriasis*. Les vésicules, d'après leur nombre, d'après leur développement, d'après le plus ou moins d'espace qu'elles occupent, d'après la durée de leur évolution, s'appelleront *herpès* ou *eczéma*. Les pustules, suivant qu'elles seront isolées ou confluentes, suivant la coloration de leurs croûtes, seront tantôt un *impétigo*, tantôt un *ecthyma*.

Cette première manière d'envisager le diagnostic des maladies de la peau est assurément bien intéressante,

et elle comporte des détails et des développements bien dignes de vous être présentés. Cependant ce n'est pas elle que j'ai choisie : je veux, pour aujourd'hui, supposer que vous connaissez les éléments primitifs et constitutifs des dermatoses, et que vous savez reconnaître et dénommer ces dermatoses elles-mêmes. Je suppose donc que vous connaissez tout ce premier et indispensable chapitre de la grande question du diagnostic, et alors, vous mettant en face de toutes les maladies cutanées, quelles qu'elles soient, je ne rechercherai pas avec vous quels sont leurs éléments primitifs, ni quels sont leurs caractères pathognomoniques, mais je leur demanderai ce qu'elles sont comme *entités morbides* et ce qu'elles valent comme *séméiotique*.

Vous le voyez, messieurs, j'agrandis la question ; je la place sur un terrain plus élevé, puisque je néglige son côté matériel, physique, et en quelque sorte grossier, pour pénétrer plus avant dans la notion, dans l'essence des dermatoses, et rechercher quelle est leur nature et quelle est leur expression pathologique.

Sont-elles des maladies limitées à la peau elle-même et n'intéressent-elles que notre tégument externe ? — Ou bien, au contraire, sont-elles des manifestations d'états morbides internes, de troubles fonctionnels et de diathèses vicieuses ? — Sont-elles des révulsifs naturels et spontanés, de véritables émonctoires qui nous débarrassent de principes morbides que nous recélons en nous-mêmes et que les anciens appelaient notre *humeur peccante ?* — Sont-elles, enfin, des crises salutaires qui amènent le déclin et signalent la terminaison heureuse de certains états pathologiques ?... Messieurs, les maladies de la peau sont tout cela, et nous les trouvons

tantôt *idiopathiques*, tantôt *critiques*, le plus souvent *symptomatiques*. C'est à ce triple point de vue que je veux les étudier avec vous aujourd'hui.

1° Les dermatoses sont *idiopathiques* lorsqu'elles n'expriment qu'un état morbide de la peau elle-même. Or cet état morbide est la conséquence, tantôt de causes externes, tantôt de l'existence de parasites.

Dans le premier cas, nous trouvons ces formes particulières de lichen, d'eczéma, d'herpès, d'érythème, qui résultent de contacts irritants : ainsi la lèvre supérieure est érythémateuse par le fait du coryza ; ainsi des vésicules et des ulcérations herpétiques se manifestent sur les endroits de la peau touchés par un insecte venimeux : par une araignée, par une chenille ; ou bien par le suc âcre et irritant de certaines plantes, des euphorbiacées, par exemple ; ainsi encore, chez les personnes grasses et chez les enfants, la peau devient le siége d'un eczéma ou d'un érythème dits intertrigineux, lorsqu'elle est en contact prolongé avec elle-même et que des frottements s'opèrent à sa surface, comme à la partie interne et supérieure des cuisses. La manipulation habituelle de substances pulvérulentes, ou le contact de corps solides et liquides à température très-variable, produisent les mêmes effets. Je vous en montrerai de nombreux exemples sur les mains des plâtriers, des peintres, des teinturiers, des cuisinières et des épiciers.

Les affections de la peau idiopathiques sont encore, nous l'avons dit, parasitaires, c'est-à-dire engendrées et entretenues par des parasites. Or ces parasites appartiennent au règne végétal et au règne animal. Les dermatoses parasitaires peuvent être envisagées, à la fois, comme idiopathiques et comme symptomatiques. Elles

sont *idiopathiques*, puisqu'elles n'expriment qu'une inflammation de la peau ne dépendant d'aucune cause interne ou diathésique ; elles sont en même temps *symptomatiques*, si on les considère au point de vue de la présence des parasites dont elles sont une manifestation.

Les parasites animaux sont l'*acarus scabiei*, qui produit les vésicules et les sillons de la gale ; qui laboure et soulève la peau, comme les taupes labourent et soulèvent nos prairies ; citons encore le *pediculus corporis*, dont la présence détermine les papules du prurigo. Les parasites végétaux sont les différentes espèces de champignons qui s'implantent dans l'épaisseur du tégument externe, et y produisent l'*herpès circiné*, l'*herpès tonsurant*, le *pityriasis versicolor*, la *mentagre* ou *sycosis*, le *porrigo favosa* ou *teigne faveuse*.

2° Les maladies de la peau sont quelquefois *critiques*, c'est-à-dire qu'elles sont le résultat d'une heureuse métastase opérée par la nature pour débarrasser l'économie d'un état morbide plus grave et plus profond. Ainsi en est-il quelquefois de cette éruption miliaire particulière que l'on a désignée sous le nom de *sudamina* et qui, s'opérant à la dernière période de la fièvre typhoïde, est regardée comme étant d'un pronostic favorable ; ainsi en est-il encore, et d'une manière plus efficace, de l'apparition inopinée de ces plaques dartreuses et fluentes, véritable catarrhe de la peau, qui, par une salutaire substitution, mettent fin à un catarrhe bronchique inquiétant et jusque-là réfractaire. Ne sait-on pas que l'herpès des lèvres annonce le plus souvent la fin d'un état fébrile ?

3° Les maladies de la peau sont *symptomatiques*. Messieurs, on a dit avec raison que les yeux sont le miroir de l'âme, puisque toutes nos pensées, tous nos sentiments, toutes nos passions viennent s'y refléter. Or on peut dire, avec tout autant de raison, que la peau est un champ ouvert et comme une sorte de panorama sur lequel viennent se peindre et se traduire la plupart de nos états morbides.

Voyez tout ce que nous apprend la peau par les seules variétés de sa coloration, et toutes les déductions que nous en pouvons tirer, au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. La peau, par sa pâleur, n'est-elle pas un des meilleurs signes de l'anémie ? Par sa coloration rouge trop accentuée, n'accuse-t-elle pas, au contraire, la pléthore sanguine ? Et si cette coloration est vineuse et violacée, ne sommes-nous pas, par cela seul, sur la voie d'une maladie de cœur et d'une gène profonde de la circulation ? Si la peau est ictérique, n'est-ce pas le foie ou les voies biliaires qui seront en cause ? Si les pommettes tranchent par leur rougeur vive sur la pâleur de la face, craignez la tuberculose pulmonaire, et si, dans une maladie de poitrine, une seule des deux pommettes est colorée, cherchez du même côté la lésion pulmonaire. Par sa teinte jaune paille, la peau ne nous indique-t-elle pas le cancer et sa diathèse ? Par son aspect livide et terreux, n'est-elle pas l'indice d'un état de souffrance générale et profonde, d'une cachexie, et spécialement d'une cachexie paludéenne ou saturnine ? De même que, par sa teinte bronzée, elle nous révèle la maladie d'Addison.

Mais entrons plus avant dans la pathologie de la peau, et nous allons y voir le symptôme et la traduction de

presque toutes les maladies. La peau est le terrain de prédilection de toutes les diathèses : la syphilis y produit la plupart de ses accidents primitifs, secondaires et tertiaires ; ses chancres mous, indurés et phagédéniques ; ses plaques muqueuses et rubéoliques, ses papules, ses tubercules, ses squames, ses ulcérations et ses croûtes pathognomoniques ; elle y laisse ses cicatrices comme une trace accusatrice de son passage.

La scrofule y produit ses ravages, ses teintes vineuses, ses difformités, ses hypertrophies et ses destructions et, comme la syphilis, elle y dépose à tout jamais des cicatrices qui n'appartiennent qu'à elle et qui restent gravées comme son empreinte et son cachet indestructibles.

Le scorbut étale sur la peau ses teintes ecchymotiques et ses plaques quelquefois si belles de purpura hemorrhagica.

Le cancer et ses différentes variétés : squirrhe, encéphaloïde, cancroïde, développent sur la peau leurs champignons, leurs tubercules, et y creusent leurs ulcérations caractéristiques.

L'herpétis ou diathèse dartreuse siége presque exclusivement sur la peau. C'est là que se développent, sous son influence, l'eczéma sous toutes ses formes ; le psoriasis avec ses plaques squammeuses de configurations si variées et si bizarres ; le lichen et le prurigo, avec leurs papules pathognomoniques. Et si, après M. Bazin, nous voulons admettre l'arthritis, c'est encore sur la peau que nous constaterons cette diathèse.

Tout à l'heure je vous disais que l'érythème est souvent *idiopathique*, et je vous citais, comme exemple, l'*érythème intertrigineux ;* j'aurais pu y joindre l'éry-

thème produit par les extrêmes de température : l'érythème de l'insolation et l'érythème du froid, le *coup de soleil* et les *engelures*. Mais il y a d'autres érythèmes qui dépendent d'une cause interne; ainsi l'*érythème noueux* est souvent lié au vice rhumatismal, et quelquefois son apparition n'est que le prélude d'un rhumatisme articulaire aigu. L'*érythème papuleux* est souvent l'expression de troubles gastriques et intestinaux produits par l'ingestion d'aliments de mauvaise nature ou de médicaments irritants, tels que le copahu.

L'urticaire est presque toujours sous la dépendance d'accidents dyspeptiques. Dans sa forme aiguë, fugace (*urticaria febrilis*), l'urticaire est le plus habituellement la conséquence d'écarts de régime, d'excès de table et d'une indigestion. Dans sa forme chronique, intermittente et si tenace dans sa durée (*urticaria evanida*), l'urticaire est encore l'expression d'un mauvais état de l'estomac et de l'intestin, d'une dyspepsie chronique.

Je vous disais plus haut que la coloration terreuse de la peau est ordinairement l'indice d'un état général fâcheux. Voici maintenant deux véritables maladies de la peau qui, elles aussi, dénotent toujours un état cachectique et une dégradation des forces vitales : c'est le *rupia* et le *pemphigus*. Ces affections sont l'expression habituelle de toutes les cachexies : de la cachexie de la misère aussi bien que de la cachexie qui résulte d'une maladie grave ou d'une diathèse morbide.

Tout à l'heure je vous citais le *prurigo* comme étant une manifestation de l'herpétis ou du tempérament dartreux; quelques instants auparavant, je vous avais parlé du *prurigo parasitaire;* voici maintenant une troisième forme de *prurigo*, voici un *prurigo* sans lésion

anatomo-pathologique, c'est-à-dire sans papules appréciables, qui donne des accès de démangeaison irrésistible, accès intermittents, séparés par des intervalles de calme complet, véritables accès de frénésie dans lesquels les malades, n'étant plus maîtres d'eux-mêmes, se grattent avec fureur et jusqu'à en perdre haleine; c'est là une sorte d'hypérestésie ou de névralgie, indice d'une surexcitation nerveuse générale.

Je vous en ai dit assez, messieurs, pour vous faire comprendre ce qu'est et ce que doit être le diagnostic dans les maladies de la peau, et quelle est son importance. Sans doute il faut d'abord, et avant tout, savoir reconnaître les lésions anatomiques primitives. En second lieu, il faut, à l'aide de ces lésions ou types primitifs, pouvoir établir, reconnaître et dénommer les diverses affections cutanées. Ce sont là les deux premières parties du diagnostic; mais, j'ose le dire, ce ne sont ni les plus utiles ni les plus difficiles : la partie du diagnostic la plus importante, celle qui est vraiment clinique, est celle qui consiste à déterminer la valeur sémiologique des dermatoses. Ainsi, par exemple, voici *un impétigo;* mais quelle est sa valeur comme entité morbide? Est-ce un *impétigo* idiopathique résultant de quelque irritation locale? ou bien, au contraire, est-ce un impétigo symptomatique du vice strumeux? Est-ce cet impétigo que M. Bazin a dénommé *scrofulide bénigne?* — Voici une *acné;* mais est-ce une *acné essentielle*, c'est-à-dire une simple inflammation des follicules sébacés, sans aucun retentissement général? ou bien est-ce une *acné strumeuse* ou *syphilitique?* — Voici des ulcérations; mais quelle est leur nature? Sont-elles le résultat de

quelque accident local? Sont-elles, au contraire, l'expression d'une cause générale ou diathésique? Sont-ce des ulcérations dartreuses, herpétiques, variqueuses, syphilitiques, strumeuses ou cancéreuses? et si elles sont cancéreuses, sont-elles cancroïdiques ou squirrheuses? — Voici des croûtes ; quelle est leur nature et quelle est leur signification? Sont-ce des croûtes sans valeur par elles-mêmes au point de vue d'une expression morbide quelconque? ou bien, au contraire, sont-elles l'indice de la scrofule ou de la syphilis?

Je pourrais multiplier ces exemples, mais ils sont suffisants pour vous montrer quel est, dans le diagnostic des dermatoses, le côté vraiment intéressant et vraiment clinique. Et, en effet, qu'importe au médecin et surtout qu'importe au malade que la lésion primitive d'une affection cutanée soit une vésicule, une papule ou une squame, pourvu que la nature pathologique de cette affection ne soit pas méconnue, et qu'on y puisse démêler les caractères d'une dermatose idiopathique ou, au contraire, les caractères d'une dermatose symptomatique de la dartre, de la scrofule, de la syphilis, du scorbut ou du cancer?

Après ces considérations, pourrez-vous dire encore que les maladies de la peau sont une spécialité? Non, messieurs, les dermatoses ne sont point une spécialité ; elles sont une des branches principales du grand arbre de la pathologie, dont elles sont absolument inséparables... Dans l'étude de la pathologie, il n'est pas plus permis de les négliger qu'il n'est permis à l'anatomiste de négliger l'étude des artères, des veines ou des muscles. Elles sont une des parties les plus importantes d'un *tout* et d'un ensemble sur lequel elles projettent leur précieuse lumière.

Vous les avez vues, en effet, refléter dans leur physionomie les états morbides les plus divers et les plus nombreux, et, d'autre part, vous avez vu qu'il est impossible d'établir leur diagnostic sans toucher [en même temps à presque toute la pathologie.

Il faut donc étudier avec soin les maladies de la peau; je vous y aiderai de tout mon pouvoir et de toutes mes forces, et voici comment je compte vous diriger dans mon enseignement : tous les lundis, nous parcourrons ensemble les salles qui me sont confiées; je vous y ferai voir des exemples nombreux et variés de toutes les dermatoses qu'il vous importe le plus de connaître; je vous les montrerai à toutes leurs périodes et à tous les degrés de leur évolution. Si vous me le permettez, je vous laisserai quelquefois la parole; je vous demanderai, non pas seulement si vous m'avez bien compris, mais ce que vous pensez vous-mêmes sur tel ou tel cas. Puis je choisirai, parmi les différentes maladies qui seront actuellement dans mes salles, celles dont nous trouverons les spécimens les plus tranchés et les plus remarquables, et, dans une leçon toute familière, je m'efforcerai d'en faire une description aussi complète et aussi pratique qu'il me sera possible. C'est ainsi, messieurs, que se fait la véritable clinique : voir des maladies, ou, si vous le préférez, des manifestations morbides, les observer attentivement, les comparer entre elles, s'en faire une idée juste et approfondie, les examiner, les étudier, les toucher du doigt, et ensuite, après cette observation patiente et réfléchie, tirer toutes les déductions que comportent les faits, l'expérience et le raisonnement, relativement à l'étiologie, aux symptômes, au diagnostic et au traitement de ces maladies.

TROISIÈME LEÇON

Classification des maladies de la peau d'après leurs lésions anatomiques.

Messieurs,

Dans les précédentes leçons, nous avons étudié les maladies de la peau au point de vue de leur diagnostic et des difficultés dont le diagnostic est entouré. Je me propose aujourd'hui de vous exposer la généalogie des dermatoses, en d'autres termes de vous montrer comment ces affections ressortent d'un certain nombre de lésions anatomiques qu'il nous faut connaître sous peine de nous perdre dans une confusion sans issue. Ces lésions anatomiques, les anciens dermatologistes, tels que Willan, Bateman, Biett, Alibert, leur avaient donné le nom de *lésions élémentaires*. Eh bien, nous verrons toutes les affections cutanées sortir par groupes de ces lésions. Nous les verrons s'en détacher comme on voit les branches d'un arbre sortir du tronc qui les supporte. Nous allons donc prendre une vue d'ensemble des maladies de la peau, en les envisageant au point de vue de leur généalogie.

Or cette vue d'ensemble s'appliquera d'abord aux

lésions primitives, réunies en un seul tableau sous nos yeux. Elle nous montrera ensuite comment chacune de ces lésions peut subir diverses modifications, dans sa forme, sa manière d'être, son développement et sa durée, pour donner naissance aux diverses affections qui en émanent.

Quelles sont donc ces lésions ?

Elles sont au nombre de huit : 1° les *vésicules;* 2° les *bulles;* 3° les *pustules;* 4° les *papules;* 5° les *tubercules ;* 6° les *squames;* 7° les *ulcérations;* 8° les *colorations.* Ajoutons-y les *croûtes* et les *cicatrices,* qui sont la conséquence de quelques-unes de ces lésions, nous aurons la souche de l'arbre généalogique que nous allons étudier dans sa tige et dans ses branches.

DES LÉSIONS PRIMITIVES ET DE LA MANIÈRE DONT ELLES DONNENT LIEU A LA FORMATION DES DIVERSES MALADIES DE LA PEAU.

1° *La vésicule.* — La vésicule consiste en un soulèvement épidermique peu considérable, de la grosseur d'un grain de millet à une petite lentille, formée par une sérosité plus ou moins transparente. Elle est *primitive* ou *secondaire.* — *Primitive* si elle s'élève sur une peau saine, comme la vésicule de la gale; *consécutive* si elle naît, au contraire, sur une surface déjà enflammée, comme dans l'herpès, l'eczéma, la miliaire.

La durée de la vésicule est variable : elle peut être de plusieurs jours, comme cela s'observe pour la gale et l'herpès, ou bien passagère, essentiellement transitoire

et fugace, comme dans l'eczéma. Elle se termine, soit par la résorption du liquide qu'elle contenait, soit, après son ouverture, par la concrétion, sous forme de squames ou de croûtes, de ce liquide.

Dans le premier cas, guérison rapide ; dans le second, persistance de la sécrétion du liquide, formé d'abord dans la vésicule, et qui plus tard se fait aux dépens de l'ulcération superficielle, conséquence de la rupture de cette vésicule. Il est des vésicules qui ne s'ouvrent point, mais dont le contenu se concrète en formant des croûtes qui tombent à leur tour quand la guérison est accomplie. Il en est ainsi pour la *varicelle*. Dans l'arbre dermatologique, cinq affections reconnaissent la vésicule pour point de départ. Ce sont : 1° l'*eczéma;* 2° la *gale;* 3° l'*herpès;* 4° la *varicelle;* 6° la *miliaire*. Après avoir étudié les caractères principaux de la vésicule, nous allons voir comment, par les modifications qu'elle subit, elle donne naissance aux différentes affections cutanées dont elle est la lésion primitive.

Si nous voyons, par exemple, sur une surface dermique intacte apparaître des vésicules acuminées, petites, isolées, saillantes, présentant un sillon à leur base, s'accompagnant d'un prurit qui redouble le soir ou à la chaleur du lit, à ces caractères nous reconnaîtrons la vésicule de la gale. Si, au contraire, elles s'élèvent sur un fond érythémateux, si elles sont confluentes, larges, arrondies, durables, remplacées par des croûtes jaunes ou brunâtres, alors nous aurons affaire à l'herpès et à ses diverses formes. D'autres fois nous verrons des vésicules petites, acuminées, confluentes, nées sur une surface érythémateuse plus ou moins vaste, ne présentant qu'une durée éphémère et formant, après dessicca-

tion de leur contenu, des croûtes lamelleuses recouvrant des ulcérations superficielles qui donnent lieu à la même sécrétion : tels seront les caractères de l'*eczéma*. Ou bien les vésicules seront petites, arrondies, de la grosseur d'un grain de millet, éparses sur une surface large et érythémateuse, coïncidant dans leur apparition avec quelques phénomènes généraux : nous aurons alors affaire à la *miliaire*, affection aiguë. Enfin si les vésicules sont larges, isolées, à base érythémateuse, d'une durée de deux ou trois jours, et remplacées par des croûtes persistantes, alors nous pourrons dire que nous sommes en présence de la *varicelle*. Vous le voyez donc, messieurs, la vésicule est bien la lésion primitive des cinq affections que nous venons de passer en revue.

2° *La bulle*. — Élargissons la vésicule par la pensée, agrandissons ses proportions, donnons-lui la grosseur d'une lentille ou la grosseur d'une pomme d'api, et nous aurons la *bulle*. Nous définirons donc la bulle un soulèvement épidermique d'un volume variable, toujours plus considérable que celui de la vésicule, formé par la sécrétion à la surface du derme d'un liquide séreux ou séro-purulent. Tantôt la bulle, en s'ouvrant, laisse après elle une ulcération superficielle recouverte d'une croûtelle amincie et foliacée qui ne donne lieu, après sa chute, à aucune cicatrice appréciable. Tantôt, au contraire, le liquide renfermé dans la bulle se concrète en formant des croûtes épaisses, noires, persistantes, d'une durée très-longue, au-dessous desquelles existent des ulcérations profondes, qui laissent plus tard après elles des cicatrices indélébiles. Dans le premier cas, la bulle constitue le *pemphigus;* dans le second, elle constitue le

rupia : ce sont là les deux affections qui reconnaissent la bulle comme lésion primitive.

3° *La pustule.* — Reportons-nous maintenant à la description de la vésicule, mais supposons cette vésicule remplie par du pus et élevée sur une surface enflammée, et nous aurons la *pustule.* Nous dirons donc que la pustule est un soulèvement épidermique peu considérable formé par du pus. La durée de la pustule est variable : tantôt on la voit s'ouvrir et disparaître au bout d'un temps très-court, parfois quelques heures seulement, comme dans l'*impétigo;* tantôt on la voit durer plusieurs jours, comme dans l'*ecthyma.* Il en est de même pour la forme et la disposition que les pustules peuvent affecter. C'est ainsi qu'elles se montrent petites, acuminées, confluentes dans l'*impétigo*, larges, au contraire, et éloignées les unes des autres dans l'*ecthyma.* Le pus qu'elles renferment se concrète et forme des croûtes de coloration et de persistance variables, qui laissent parfois après elles des cicatrices indélébiles, comme dans la variole ou l'acné boutonneuse, tandis que, dans d'autres cas, elles disparaissent sans laisser aucune trace de leur évolution. Telle est l'histoire de la pustule, étudiée dans ses caractères principaux.

Voyons maintenant comment, par une série de modifications imprimées à sa manière d'être, à son volume, à sa durée, elle va donner naissance aux affections dont elle est la lésion primitive.

Les affections cutanées dans lesquelles nous aurons à étudier la pustule comme lésion primitive sont au nombre de six. Ce sont : la *variole*, la *varioloïde*, l'*impétigo*, l'*ecthyma*, l'*acné pustuleuse*, le *sycosis.* La maladie

présente-t-elle, au milieu d'un cortége de phénomènes généraux plus ou moins graves, tels que céphalalgie, fièvre, rachialgie, une éruption caractérisée par des pustules plus ou moins confluentes, à sommet ombiliqué, nées sur des élevures papuleuses, s'ouvrant à un certain moment de leur évolution pour laisser échapper un contenu purulent qui formera des croûtes noirâtres, à la place desquelles on verra se produire parfois des cicatrices indélébiles, alors nous reconnaîtrons la *variole*.

Ces mêmes caractères se retrouveront dans la varioloïde avec un peu moins de gravité, toutefois, dans les manifestations générales et locales. Les pustules sont-elles isolées, volumineuses, larges à leur base, entourées d'un cercle inflammatoire, renfermant un pus grisâtre qui se concrète en donnant lieu à la formation de croûtes noirâtres, ces pustules mettent-elles un, deux ou trois jours à parcourir leur évolution, à ces caractères nous reconnaîtrons l'*ecthyma*. Si, au contraire, elles sont petites, acuminées, confluentes, d'une durée à peine appéciable tant elle est courte, si elles sont développées sur une surface érythémateuse et si elles présentent un contenu jaunâtre qui ne tarde pas à se déverser au dehors en formant des croûtes jaunâtres aussi, dont l'apparence rappelle celle du miel, alors nous dirons que l'ensemble de ces caractères constitue le genre *impétigo*. Enfin, si elles émergent sur le fond érythémateux chronique de la couperose, si elles affectent ellesmêmes une forme chronique et qu'elles se produisent au sommet d'une induration tuberculeuse, à ces caractères nous reconnaîtrons la *pustule acnéique*. Et, de même pour les pustules du sycosis, nous reconnaîtrons leur véritable nature lorsque nous les verrons, traversées

à leur centre par un poil, s'élever sur les tubercules sycosiques ou mentagreux, ou bien former une agglomération profonde et confluente divisée en autant de petits foyers différents qu'il y a de follicules pilifères.

4° *La papule.* — La *papule* est une tuméfaction plus ou moins volumineuse de la couche superficielle du derme : elle a son siége dans le corps papillaire et se présente soit sous forme discrète, soit sous forme confluente. La durée des papules est variable, indéfinie en quelque sorte dans les affections chroniques dépourvues de caractère inflammatoire ; elle peut être beaucoup plus courte, de huit à quinze jours, dans les affections à marche aiguë. Lorsqu'elles s'affaissent, elles laissent souvent après elles une tache pigmentaire du derme qui peut aussi s'épaissir et s'indurer au niveau de la place qu'elles occupaient, lorsque leur durée a été longue. La peau revêt alors une teinte bistrée noirâtre qui lui donne l'aspect d'une peau de pachyderme. Les affections qui reconnaissent la papule pour point de départ sont au nombre de trois : le *strophulus*, le *lichen*, le *prurigo*. Le *strophulus* est le plus souvent une maladie de l'enfance. Les papules y sont roses, saillantes, élevées sur un fond légèrement érythémateux; elles s'accompagnent de cuisson et de démangeaison; en un mot, elles présentent quelque chose d'inflammatoire qui justifie l'expression populaire de *feux de dents* appliquée à cette maladie. On observe quelquefois le strophulus chez l'adulte, notamment chez les femmes à l'époque menstruelle. Les papules du *lichen aigu* sont acuminées et confluentes ; elles siégent sur une surface enflammée, et de préférence sur les points où la peau est fine et humide,

comme aux plis articulaires. Celles du *lichen chronique* offrent les mêmes caractères extérieurs, mais dégagés de tout élément inflammatoire.

Le *prurigo* affecte, au contraire, les régions où la peau se distingue par son épaisseur et sa sécheresse : les papules sont isolées, larges de base; elles présentent à leur sommet un petit caillot noir résultant d'une extravasation sanguine provoquée par le grattage. Tels sont les caractères que présente la papule dans les affections que nous venons de passer en revue.

5° *Le tubercule.* — Nous arrivons à l'étude du tubercule, qui n'est au fond que l'exagération de la papule, de même que la bulle n'est que l'exagération de la vésicule. Au lieu de cette hypertrophie partielle de la couche superficielle du derme, du volume d'un grain de millet, qui constitue la papule, nous voyons dans le tubercule une véritable petite tumeur implantée profondément dans le derme, formant une saillie plus ou moins considérable, d'une durée variable, se terminant souvent par ulcération, disparaissant d'autres fois par une sorte de travail d'intussusception qui entraîne la résorption des éléments qui le constituent. Ce tubercule laisse après lui tantôt une cicatrice indélébile, tantôt, au contraire, l'absence la plus complète de traces de son existence.

Parmi les affections qui se rattachent au tubercule, citons d'abord la *mentagre* ou sycosis, maladie des follicules pileux, dans laquelle des tubercules plus ou moins confluents, présentant du pus à leur partie centrale, constituent la lésion primitive. Nous retrouvons le tubercule comme manifestation cutanée d'un certain

nombre de diathèses, telles que : la *syphilis*, la *scrofule*, le *cancer*. Dans la syphilis, le tubercule est dépouillé d'épiderme, lisse à sa surface, d'une couleur caractéristique qui rappelle celle de la viande fumée ou du jambon cru ; dans la scrofule, il offre une coloration violacée particulière, il présente une tendance caractéristique à l'ulcération, il affecte enfin une fixité de siége inconnue à la syphilis.

Les tubercules du cancer présentent des caractères tout différents : ils sont volumineux, durs, rocheux, à surface irrégulièrement saillante ; ils se développent sur une peau indurée, et à leur surface se produisent des ulcérations creuses, irrégulières, ichoreuses, à bords durs et tranchants.

6° *Les squames*. — On désigne sous le nom de squames ou d'écailles des productions épidermiques qui sont le résultat d'une maladie du derme, lequel, n'ayant plus son état normal, produit une sécrétion épidermique vicieuse. Les squames varient quant à leur forme et à leur abondance. Tantôt elles constituent des couches épaisses, imbriquées sur elles-mêmes ; tantôt elles sont pulvérulentes et furfuracées ; tantôt enfin elles ressemblent à une feuille mince, à une pelure d'oignon : on les dit alors *foliacées*. D'autres fois, elles ont la consistance et le piquant de la corne. Elles sont dites alors *cornées*. Quelle que soit du reste leur manière d'être, elles ne représentent toujours qu'un épiderme malade. Telles sont les véritables squames, celles que nous pouvons appeler les squames primitives. Mais, à côté de celles-là, il en est d'autres dans lesquelles nous trouvons à la fois l'élément solide ou épidermique et un élément

liquide concrété et retenu sous forme de croûtes au milieu de la trame épidermique. Cette deuxième espèce de squames est la conséquence d'une sécrétion humide; elle n'est donc point primitive, essentielle comme la première. Aussi nous l'appellerons consécutive ou secondaire. Quatre affections différentes reconnaissent la squame primitive comme lésion élémentaire : le *psoriasis*, le *pityriasis*, l'*herpétide exfoliatrice* et l'*icthyose*. Nous trouvons la squame consécutive ou secondaire comme lésion caractéristique de la forme de l'eczéma dite squammeuse et du pemphigus après l'ouverture de ses bulles.

7° *Les ulcérations.* — Occupons-nous maintenant des ulcérations, de celles, bien entendu, qui occupent seulement l'épaisseur de la peau. Les ulcérations sont des solutions de continuité intéressant une plus ou moins grande partie de l'épaisseur du derme et ne présentant pas de tendance à la cicatrisation. Elles peuvent être de nature *herpétique*, et alors elles sont superficielles, sans profondeur, leurs bords sont taillés en biseau, non décollés; enfin le travail de réparation s'y fait sans laisser de cicatrice. Telle est l'ulcération de la *dartre*. S'agit-il de la *syphilis*, nous verrons, au contraire, une ulcération profonde, nettement circonscrite, à bords taillés à pic, avec un fond grisâtre; nous verrons enfin une cicatrice indélébile succéder au travail de réparation. Enfin, si les bords sont déchiquetés et décollés, de façon à masquer un fond plus étendu que la surface apparente de l'ulcère, si la peau offre une coloration violacée à l'entour, et si une cicatrice déprimée indélébile succède à l'ulcération,

à ces caractères nous aurons reconnu la scrofule. Des caractères différents nous feront reconnaître l'ulcération du cancroïde. Dans ce cas, les bords de l'ulcération sont saillants, indurés, comme cartilagineux et renversés en dehors.

8° *Les colorations.* — Il nous reste à étudier la huitième des lésions élémentaires que nous avons admises, nous voulons parler des colorations. Les *colorations* sont de plusieurs sortes. Les unes, de nature congestive, inflammatoire, d'une couleur rose ou violacée plus ou moins vive, sont désignées sous le nom d'*exanthèmes.* Les autres sont appelées taches *hématiques*, parce qu'elles sont le résultat d'une extravasation sanguine. D'autres enfin reconnaissent pour cause une altération dans la sécrétion pigmentaire de la peau : ce sont les colorations *pigmentaires.*

Les exanthèmes sont caractérisés par une teinte rouge plus ou moins vive, disparaissant sous la pression du doigt, pour reparaître immédiatement après, s'accompagnant d'une sensation de chaleur, de cuisson, de tension ou de brûlure. Leur marche est aiguë, leur durée varie de deux jours à un ou deux septenaires. Nous verrons cependant que, dans certains cas et notamment dans une forme particulière de l'acné, ils peuvent persister indéfiniment. Considérés au point de vue de la lésion primitive, les exanthèmes donnent lieu à neuf affections cutanées : la *roséole*, la *rougeole*, la *scarlatine*, l'*érythème*, l'*érysipèle*, l'*urticaire*, les *taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde*, la *tache couperosique* de *l'acné rosacée*, et l'*érythème de la scrofule.*

Ainsi, voyons-nous apparaître sur toute la surface

du corps des taches rosées, déchiquetées sur leurs bords, précédées et accompagnées de phénomènes généraux, de coryza, de larmoiement ; à ces signes nous reconnaîtrons la *rougeole*, dont la *roséole* n'est qu'une atténuation.

L'exanthème se manifeste-t-il sous forme de larges taches violacées, est-il précédé et accompagné d'accidents généraux avec localisation constante vers le pharynx et l'isthme du gosier, nous aurons affaire à la *scarlatine*. Si nous voyons, au contraire, se produire des élevures rosées, à rebords saillants, d'une durée éphémère, avec un centre déprimé et blanchâtre, et une sensation vive de prurit qui cesse avec la disparition brusque des élevures, pour reparaître avec elles, nous reconnaîtrons alors l'exanthème de l'*urticaire*. L'*érythème* se développera sur des surfaces plus ou moins étendues sous forme de taches rosées affectant les aspects les plus divers et habituellement sans troubles généraux bien prononcés. Enfin l'*exanthème* constituera l'érysipèle si, après avoir été constamment précédé d'accidents généraux plus ou moins graves, il se montre sous forme de plaques violacées, nettement limitées sur leurs bords, dont la circonférence est festonnée et forme une saillie appréciable au toucher.

Dans une deuxième variété, les colorations de la peau résultent, avons-nous dit, d'une extravasation sanguine : tel est le purpura avec ses taches violacées, ne disparaissant point sous la pression du doigt.

Quant aux colorations qui résultent d'une hypersécrétion du pigment cutané, elles constituent le lentigo et les taches pigmentaires.

Nous en avons fini, messieurs, avec l'étude des lésions primitives et des affections auxquelles elles donnent lieu ; j'ai maintenant à vous parler des croûtes et des cicatrices, qui résultent souvent de l'existence de ces lésions et qui nous offrent, elles aussi, les plus précieux caractères au point de vue du diagnostic.

La croûte. — Elle est formée par la concrétion d'un liquide séreux, purulent ou sanieux, qui lui donne diverses colorations. Nous trouvons les croûtes dans les dartres, dans la syphilis et dans la scrofule. Dans les dartres, elles ont une coloration et une épaisseur variables : ainsi elles sont jaunes, épaisses dans l'impétigo ; sèches et noirâtres dans l'ecthyma ; humides, minces, lamelleuses dans l'eczéma. Les affections herpétiques n'offrent donc pas dans leurs croûtes de caractères particuliers à l'aide desquels on puisse reconnaître leur nature, elles ne sont point uniformes.

Il n'en est pas de même dans la syphilis et dans la scrofule ; ces deux diathèses impriment aux croûtes auxquelles elles donnent lieu une uniformité d'aspect invariable. Ainsi la croûte de la syphilis est d'un vert brunâtre, analogue au bronze florentin ; elle est sèche, dure, épaisse, très-saillante, quelquefois pointue et longtemps persistante. Dans la scrofule, les croûtes sont moins épaisses, moins dures, aplaties, formées de couches alternatives grises et noirâtres affectant une disposition lamellaire et stratifiée.

Les cicatrices. — Parmi les diathèses dont l'influence se fait sentir si souvent dans l'évolution des maladies cutanées, il n'y a que l'*herpétisme* qui ne

laisse jamais de cicatrices. Les ulcérations de nature herpétique guérissent sans laisser de traces. La syphilis et la scrofule possèdent, au contraire, le triste privilége de produire des cicatrices, qui restent comme l'empreinte ineffaçable de la diathèse qui les a engendrées, et dont les caractères sont tels, qu'ils nous permettent de faire avec certitude le diagnostic rétrospectif et posthume de la lésion dont elles sont le vestige indélébile. S'agit-il d'une cicatrice d'origine syphilitique, alors la peau est amincie, lisse, blanchâtre, gaufrée comme la cicatrice de la vaccine, sans adhérences avec les parties profondes ; s'agit-il, au contraire, de la scrofule, la cicatrice est plissée, rugueuse, réticulée, offrant une série de dépressions et de saillies, et, de plus, elle adhère aux tissus sous-jacents, avec lesquels elle fait corps et dont elle ne peut être séparée.

Tels sont les caractères invariables des cicatrices. Vous voyez, messieurs, combien ces caractères vous sont indispensables à connaître. N'est-ce point, en effet, d'après l'aspect, la forme, la couleur et l'étendue d'une cicatrice ou d'une croûte, seuls vestiges survivants d'accidents diathésiques guéris, que vous serez obligés de faire quelquefois votre diagnostic ? Vous trouverez dans votre vie sociale, aussi bien que dans votre vie médicale, des cas dans lesquels vous aurez à prendre les résolutions les plus importantes, d'après le seul jugement que vous aurez porté sur le caractère d'une cicatrice ou d'une croûte. Pénétrez-vous donc, messieurs, de la nécessité qu'il y a pour vous de connaître ces caractères, dont la notion exacte vous permettra de vous prononcer avec certitude dans des cas difficiles et de rendre ainsi à vos malades les plus précieux services.

QUATRIÈME LEÇON

Classification des maladies de la peau d'après leurs caractères de sécrétion ou de non-sécrétion.

Messieurs,

Dans la dernière séance, je vous ai placé au pied ou, si vous l'aimez mieux, en présence de l'arbre généalogique de toute la dermatologie. Je vous ai fait voir comment de huit lésions anatomiques sortent toutes les maladies de la peau, et comment les modifications que subissent ces lésions dans leur manière d'être, dans leur aspect, dans leur développement et dans leur durée produisent autant de genres différents, c'est-à-dire autant d'affections différentes ayant toutes leurs caractères propres et distinctifs, et néanmoins se rattachant toutes, toutes celles du moins qui composent le même groupe, à la même lésion mère ou primitive, de même que l'on voit dans un arbre les branches les plus différentes par leur étendue, par leur direction et par leur volume partir toutes de la même tige commune. Aujourd'hui, je voudrais vous placer encore une fois en présence de ce même ensemble des maladies de la peau réunies en un seul tableau sous vos yeux. Ce ne sera plus pour vous les faire apprécier au point de vue de leur généalogie et pour vous faire comprendre comment, malgré toutes

leurs divergences, elles se rattachent cependant à certains points communs d'origine ; mais ce sera pour vous faire apprécier un de leurs caractères les plus saisissants et pour attirer sur ce caractère toute votre attention.

Lors donc que l'on considère d'un coup d'œil sommaire et général toutes les affections de la peau, on est tout d'abord frappé de ce grand fait, à savoir que les unes ne sont le siége d'aucun travail de sécrétion, qu'elles ne produisent rien et qu'elles restent pendant toute la durée de leur évolution à l'état de terrains inféconds et stériles, tandis que les autres, au contraire, présentent une vitalité exubérante, qui se traduit par des phénomènes de sécrétion dont le résultat est une modification plus ou moins rapide de leurs caractères primitifs. Ce caractère de sécrétion et de non-sécrétion est assurément assez considérable pour nous servir à diviser les maladies de la peau en deux grandes catégories. La première comprendra toutes les maladies non sécrétantes ; la deuxième, toutes celles qui donnent lieu à une sécrétion.

1° *Maladies non sécrétantes.* — Dans les maladies non sécrétantes, nous trouvons d'abord celles dont les colorations anormales forment la lésion primitive. Ces colorations sont de trois ordres : les unes, de nature *congestive* et *inflammatoire*, ont reçu le nom d'*exanthèmes* et présentent une marche plus ou moins aiguë. Tels sont la roséole, l'érythème, la rougeole, l'érysipèle, l'urticaire. Les autres sont le résultat d'une production anormale du pigment cutané. Ce sont les taches *pigmentaires*, parmi lesquelles nous citerons celles qui sont dues à la syphilis, à l'action prolongée du soleil, ou enfin à

une influence inconnue dans sa nature, telle que la cause du vitiligo ou du lentigo. Dans la troisième classe se placent les *taches hématiques*, c'est-à-dire les taches qui résultent de la sortie du sang hors des vaisseaux : telles sont les taches du purpura et les taches du scorbut.

Parmi les maladies non sécrétantes se rangent encore toutes celles dont la lésion élémentaire est une *papule*. Le type de ces affections est le prurigo, dont les papules ne produisent aucune sécrétion. Les petites taches noires qu'on trouve parfois à leur sommet n'ont que l'apparence d'une sécrétion; en réalité, elles sont constituées par de petits caillots sanguins, résultat mécanique du grattage. Il en est de même du lichen, autre affection papuleuse. Si quelquefois on trouve sur les surfaces occupées par le lichen une véritable sécrétion, c'est qu'alors sur les papules du lichen se sont formées des vésicules d'eczéma dont l'évolution modifie les caractères de la lésion première, en donnant lieu à un *eczéma lichénoïde*, sorte d'affection mixte née de la fusion de deux affections différentes. Tel est, dans son cadre restreint, le groupe des maladies cutanées *non sécrétantes*.

2° *Maladies sécrétantes*. — Si maintenant nous examinons le groupe des affections sécrétantes, le plus important sans contredit par le nombre et la variété des affections qui le constituent, nous sommes tout de suite frappés d'un grand fait, c'est que le produit de sécrétion est tantôt sec et tantôt humide. Ainsi il y a des affections qui donnent lieu à une matière sécrétée toujours la même, bien que variable dans ses caractères extérieurs, mais toujours *sèche*.

D'autres affections, au contraire, sont le siége d'une sécrétion variable aussi dans ses caractères extérieurs et même dans sa nature, mais toujours *humide*. Le fait de cette différence, si tranchée dans les produits de sécrétion, est assurément assez important pour motiver la division des affections sécrétantes en deux classes parfaitement distinctes : l'une comprendra toutes les maladies à sécrétion *sèche*, et l'autre toutes celles qui donnent lieu à une sécrétion *humide*.

Les affections à sécrétion sèche ont pour lésion élémentaire la *squame*. En d'autres termes, leur caractère fixe et invariable, c'est la présence d'un épiderme malade. Tantôt cet épiderme donne lieu à des écailles minces, pulvérulentes, furfuracées, analogues à de la poussière de son. Tantôt il forme des squames consistantes, épaisses, rugueuses, cornées, imbriquées les unes sur les autres, très-adhérentes entre elles ainsi qu'au derme qui les produit. Le psoriasis, avec ses écailles brillantes, épaisses, lamelleuses, adhérentes, nous offre le type des affections à sécrétion sèche. Mais, en définitive, quelles que soient l'épaisseur et l'adhérence des squames, c'est toujours de l'épiderme et de l'épiderme vicieusement sécrété qui les constitue comme lésion *primitive*.

Bien différente est la sécrétion humide, bien plus variées sont les lésions élémentaires auxquelles elle se rattache et qui modifient ses caractères extérieurs, suivant qu'il s'agit d'une vésicule, d'une pustule ou d'une bulle. Dans le premier cas, cette sécrétion consiste en une sérosité citrine ou en un liquide séro-gommeux. Dans le second cas, c'est un liquide purulent, mélangé ou non à une certaine quantité de sang. Dans la bulle enfin, c'est un liquide séreux ou séro-purulent.

La *vésicule* est la lésion élémentaire de la varicelle, de la gale, de l'eczéma, de l'herpès, de la miliaire ; la *bulle*, celle du rupia et du pemphigus; la *pustule*, celle de l'ecthyma, de l'impétigo, de la variole, du sycosis et de l'acné. Dans chacune de ces affections, le produit sécrété offre des caractères particuliers de consistance, de coloration et de manière d'être; mais il présente aussi un caractère uniforme et invariable, c'est sa constante humidité.

Voilà donc notre classification des maladies de la peau fondée sur des raisons incontestables. L'absence ou l'existence de sécrétions constitue effectivement un fait tellement considérable en lui-même, qu'il peut suffire à légitimer la première grande division que nous avons admise. Il en est de même du grand fait des sécrétions sèches et des sécrétions humides, fait sur lequel nous avons établi notre subdivision des maladies de la peau sécrétantes en maladies sécrétantes *sèches* et maladies sécrétantes *humides*. Cette subdivision, si naturelle et si tranchée, est encore confirmée par un ensemble de caractères communs et spéciaux aux affections qui composent chacun des deux groupes.

C'est ainsi que les affections à sécrétion sèche montrent une prédilection particulière pour les régions où la peau est sèche et épaisse, médiocrement pourvue d'organes de sécrétion. C'est dans ces régions, au coude, au genou, du côté de l'extension des membres qu'il faudra, par exemple, rechercher tout d'abord les squames du psoriasis, cette affection sèche par excellence. Les maladies à sécrétion humide se développent, au contraire, de préférence là où la peau est fine, humide et richement pourvue de glandes. C'est là, en effet, que nous trou-

vons le plus souvent l'eczéma, l'herpès, la miliaire.

Les affections humides ont toutes une marche plus ou moins aiguë; elles présentent quelque chose d'inflammatoire dans leur évolution; elles ont un cachet phlegmasique facile à reconnaître dans la variole, dans la varicelle, dans l'impétigo, dans la miliaire, dans l'ecthyma. Il n'est pas jusqu'à l'eczéma dans la longue durée duquel on ne puisse reconnaître l'élément inflammatoire se manifestant par des poussées ou exacerbations successives, qui renouvellent à chaque instant son acuïté initiale. Cette acuïté, dans la forme, constitue donc un des caractères du groupe que nous étudions; elle se manifeste non pas seulement par des accidents locaux, mais encore par des phénomènes généraux, et une réaction fébrile intense dans la variole, la varioloïde et la miliaire, appréciable encore dans l'eczéma aigu et même dans l'impétigo, lorsqu'ils surviennent chez des individus à tempérament impressionnable et nerveux. Quelle différence avec les maladies à sécrétion sèche, affections torpides, indolentes, silencieuses, qui n'entraînent aucun retentissement sur l'organisme! On ne trouve plus ici ce caractère d'acuïté, cette sorte d'exubérance vitale, qui avait fait donner, par les anciens, aux affections humides le nom de *dartres vives*. Ce sont des *dartres mortes*, expression qui rend bien l'absence de tout phénomène subjectif. Elles ne manifestent leur présence ni par la fièvre ni par la douleur, sauf dans des cas exceptionnels. En un mot, ce sont des affections indolentes par excellence, et sans aucune puissance réactionnelle.

Quoi de plus indolent, par exemple, que le psoriasis, cette affection qui peut durer toute une vie d'homme

sans entraîner un seul instant de souffrance et de gêne? Voilà donc, au point de vue de leur siége et de leur marche, une différence nettement tranchée entre les maladies à sécrétion humide et les maladies à sécrétion sèche.

Hâtons-nous d'ajouter pourtant que, si cette subdivision est naturelle, elle n'est point pour cela à l'abri de toute critique. Rappelons-nous, par exemple, que nous avons rangé parmi les maladies non sécrétantes l'érysipèle, affection qui, dans une de ses formes, la forme *bullaire* ou phlycténoïde, mériterait d'être placée dans la classe des dermatoses humides. De même, si nous avons rangé l'eczéma parmi les affections sécrétantes humides, nous n'avons pu oublier qu'il est une de ses variétés, la variété dite *eczéma sec*, qui présente les caractères extérieurs des affections à sécrétion sèche. Il y a là au premier abord une contradiction avec les principes que nous avons admis. Mais nous ferons observer qu'il s'agit d'exceptions incapables d'infirmer une règle.

Abordons maintenant une autre partie de notre tâche. Après avoir étudié, dans nos premières leçons, les éléments du diagnostic et les difficultés qu'il présente, après avoir passé en revue les lésions primitives dont l'évolution constitue les maladies cutanées, nous sommes arrivés à la division à introduire dans ces maladies. Or, c'est en nous plaçant à un point de vue général, c'est en les envisageant dans leur ensemble que nous pourrons saisir les différences principales qui les séparent et jeter ainsi les bases d'une classification légitime. A l'exemple du voyageur qui, à son arrivée dans une ville inconnue,

commence par s'élever sur un point culminant, pour se faire une idée générale de la cité et se rendre compte des traits principaux de sa distribution topographique, nous avons voulu, nous aussi, prendre une vue d'ensemble des affections cutanées pour nous faire une idée de leurs caractères généraux.

Nous avons été amenés ainsi à reconnaître d'abord l'existence de deux premiers groupes bien distincts, l'un caractérisé par l'absence de sécrétion, par la stérilité de la lésion primitive, si je puis dire ainsi; l'autre, au contraire, caractérisé par l'existence constante d'une sécrétion. Nous avons vu ensuite que cette sécrétion se présente invariablement à nous sous l'une des deux formes suivantes : sous la forme *sèche* ou sous la forme *humide*. La constatation de ce fait nous a servi de base pour la subdivision suivante : d'un côté, maladies à sécrétion sèche; de l'autre, maladies à sécrétion humide.

En étudiant les affections sécrétantes, nous avons vu que l'une d'entre elles, le *psoriasis*, réunit plus qu'aucune autre tous les attributs propres à la sécrétion *sèche*, et que l'*eczéma* présente également mieux que toutes les affections du même groupe les caractères des maladies à sécrétion humide. Le psoriasis et l'eczéma nous apparaissent donc comme la personnification et comme le type des deux groupes de maladies sécrétantes auxquels ils appartiennent. C'est dans l'étude de ces types que nous allons entrer maintenant, en commençant par l'histoire de l'affection sèche par excellence, le *psoriasis*.

Vous le voyez donc, grâce à la méthode que nous avons suivie, avant d'entrer dans l'étude individuelle de chacune des maladies de la peau, nous les connaissons déjà toutes dans leur vaste et magnifique ensemble.

Nous savons à quelle souche elles se rattachent, quels sont leurs traits de similitude ou de dissemblance, quelles relations existent entre elles, quels sont leurs points de contact, et lorsque, après nous être livrés à cette étude générale, lorsque, des hauteurs de la synthèse nous descendons aux détails de l'analyse pour aborder le psoriasis, nous devons être frappés de ce fait, c'est que cette affection n'est pas pour nous une inconnue. Nous avons appris d'abord qu'elle fait partie de la grande division des maladies sécrétantes, puis que nous devons la ranger dans la subdivision des maladies à sécrétion sèche dont elle est le type et l'expression la plus caractérisée.

CINQUIEME LEÇON

Psoriasis.

Messieurs,

Du mot grec ψώρα, qui signifie dartre, squame, écaille, on a fait le mot français *psoriasis*, qui désigne une des affections les plus intéressantes de toute la dermatologie. Bateman, Willan, Rayer avaient donné à cette affection le nom de *dartre furfuracée* et de *lèpre vulgaire*, *lepra vulgaris*. Dans une de ses formes les plus bizarres, Alibert l'appelait *herpes furfurens*. Nous lui conserverons le nom de *psoriasis*. Le psoriasis n'est pas seulement la plus fréquente des maladies de la peau à forme sèche, il en est aussi la personnification la plus complète, et c'est à tous ces titres et aussi en raison de son évolution, de sa gravité, des mécomptes si graves qu'il engendre parfois pour les malades et de ses conséquences souvent si funestes, qu'il est intéressant à étudier. Nous aurons donc à examiner successivement chacune des faces de cette grande figure du psoriasis; nous aurons à en envisager tous les aspects, afin de nous en faire une idée complète et digne du rang qu'elle occupe dans la dermatologie. Aujourd'hui, nous considérerons le psoriasis : 1° au point de vue des lésions

anatomiques qui le constituent; 2° relativement à ses symptômes, à son évolution et à sa durée; 3° par rapport à son diagnostic. Quand nous l'aurons envisagé sous ces différentes faces, nous en aurons acquis une idée qui, je l'espère, sera suffisamment nette pour vos esprits.

I. LÉSIONS ANATOMIQUES

Le psoriasis est caractérisé anatomiquement par la coexistence de trois lésions qui sont les *squames*, l'*élevure*, la *coloration* du derme.

1° *Squames.* — Les *squames* psoriasiques sont des écailles sèches, épaisses, nombreuses, disposées en couches lamelleuses et stratifiées, très-adhérentes les unes aux autres et au derme qu'elles recouvrent. Leur coloration n'est pas toujours la même, elle varie du blanc terne et mat au blanc argenté, brillant et comme métallique.

2° *Élevure du derme.* — Cette élevure est variable dans son étendue, dans sa forme et dans la saillie appréciable à l'œil et au toucher qu'elle produit à la surface du derme. Elle est constituée par un épaississement hypertrophique de cette membrane, par une induration localisée qui se recouvre de squames. Il existe une relation de cause à effet entre les squames d'une part, et d'autre part les papules dermiques qui les produisent.

3° *Coloration.* — La coloration forme le troisième caractère anatomique du psoriasis; elle est rouge foncé tirant sur le brun; elle rappelle la couleur du jambon cru ou la chair musculaire, ce qui lui donne une ressemblance

frappante, souvent très-embarrassante avec la couleur de certaines manifestations cutanées de la syphilis. Cachée sous l'épaisseur des squames, la teinte rouge brunâtre du psoriasis apparaît dès qu'on les a soulevées. Il arrive même souvent qu'elle en dépasse la circonférence, en formant autour d'elle une belle collerette rouge foncé. Lorsque ses trois lésions : *squames, élevure, coloration* du derme, sont réunies, la triade anatomique qui caractérise le psoriasis est constituée.

II. DÉVELOPPEMENT DU PSORIASIS.

Étudions maintenant le mode de développement et la marche de cette affection. Le psoriasis est la dartre morte par excellence, avons-nous dit en commençant cette leçon. Le psoriasis mérite, en effet, cette qualification par sa marche silencieuse et par la durée en quelque sorte indéfinie de son évolution. Son début lui-même est insidieux; à peine s'annonce-t-il par quelques démangeaisons dont la persistance est souvent l'unique symptôme pénible qui vienne révéler au malade la marche et les progrès de son affection. Quant à sa *durée*, elle est pour ainsi dire sans limites, elle embrasse des années entières et parfois toute une vie d'homme, en le prenant au berceau pour l'accompagner jusqu'à sa tombe. Disons pourtant que cette indolence et cette lenteur dans la marche ne se rencontrent pas toujours dans le psoriasis. Il y a, en effet, des cas dans lesquels le siége qu'il occupe, l'étendue de ses lésions, la gêne qu'il apporte à l'exercice des fonctions physiologiques, les répercussions qu'il amène peuvent devenir le point de départ des accidents les plus graves et les plus compro-

mettants pour la vie du malade. Ainsi, lorsqu'il est abandonné à lui-même, lorsque sa marche n'est entravée par aucune intervention thérapeutique, alors il peut se développer sur une vaste étendue et finir par étreindre le corps comme dans une véritable cuirasse ; les fonctions de la peau sont alors gênées ou supprimées et le malade peut tomber dans cet état de langueur et d'affaissement des forces qu'on désigne sous le nom de *cachexie herpétique*. Dans d'autres cas, le psoriasis devient le point de départ de répercussions viscérales dont la *tuberculose* et le *cancer* représentent les plus fréquentes manifestations. M. Bazin a insisté avec raison sur ces différents modes d'évolution du psoriasis, en montrant les transformations qu'il peut subir au sein de l'économie et dont la cause première réside dans l'obstacle plus ou moins complet apporté aux fonctions de la peau. Une de ses terminaisons est encore sa dégénérescence en herpétide maligne exfoliatrice. Quelle que soit du reste la marche de cette affection, nous pouvons dire que sa durée est toujours longue, même avec l'intervention d'un traitement rationnel. Il nous faut bien connaître cette lenteur des évolutions psoriasiques, pour ne pas nous exposer vis-à-vis du pronostic à des déceptions et à des mécomptes. Nous dirons même que lorsque la guérison survient, elle n'est habituellement qu'apparente et temporaire, et que les malades sortent de nos mains blanchis, mais non débarrassés d'une affection qu'ils sont condamnés à voir réapparaître à échéance plus ou moins éloignée.

Périodes du psoriasis. — La marche du psoriasis présente trois périodes à étudier : 1° une période d'*inva-*

sion; 2° une période d'*état;* 3° une période de *déclin.*

Période d'invasion. — La période d'invasion est difficile à décrire. Le psoriasis entre silencieusement en scène et ne manifeste sa présence au début par aucun trouble fonctionnel susceptible d'en révéler l'existence. C'est d'abord une petite tache rosée plus ou moins arrondie, facile à confondre avec une plaque d'érythème ou avec une syphilide. Au bout d'un certain temps, cette tache modifie ses caractères, elle devient le siége d'une élevure dermique qui forme une véritable papule.

Période d'état. — Ainsi constituée, la papule s'agrandit peu à peu, jusqu'à ce qu'elle ait atteint les limites qu'elle ne doit pas dépasser. C'est à ce moment qu'elle se recouvre de squames. Le *psoriasis* est alors constitué par les trois éléments anatomiques qui forment sa *période d'état :* en un mot, il est complet.

Période de déclin. — Lorsqu'un traitement convenable intervient, ce traitement a pour résultat de hâter l'apparition de la *période de déclin.* Dans cette période, on observe les modifications suivantes : les squames deviennent moins épaisses, elles perdent leur coloration blanche et nacrée et finissent par disparaître de la surface des *papules*, qui s'effacent à leur tour en laissant, comme dernier vestige de l'affection, les taches rouges qu'elles recouvraient. Comme on le voit, les lésions anatomiques disparaissent dans un ordre inverse de celui de leur apparition. Le malade couché au n° 30 de la salle Saint-Charles nous offre un exemple frappant de cette succession dans les phénomènes d'é-

volution régulière du psoriasis. L'affection dont il est atteint est un *psoriasis diffusa*, déjà modifié par le traitement : vous voyez que sur une foule de points les squames ont disparu ; c'est à peine si, au niveau de la place qu'elles occupaient, vous pouvez sentir encore la saillie du derme qui n'offre plus à nos yeux d'autre particularité que la coloration rouge brunâtre caractéristique. Telle est la marche des lésions cutanées dans le psoriasis.

Variétés de formes du psoriasis. — Nous avons maintenant à examiner un des point les plus importants de l'histoire du psoriasis, à savoir les différentes formes qu'il revêt et sous lesquelles il se présente à nous. Ces formes sont nombreuses et variées, il n'en faut pas distinguer moins de douze. Nous avons d'abord le psoriasis *punctata*, représenté par une petite tache rouge brunâtre et légèrement papuleuse dont la surface est recouverte d'une squame mince et blanchâtre. Élargissons cette tache en lui donnant une forme arrondie et en la recouvrant d'une squame blanche un peu plus épaisse, et nous aurons la forme *guttata*, qui doit son nom à la ressemblance qu'elle présente avec la goutte de cire tombée d'une bougie. La forme *nummularia* est l'exagération de la forme *guttata*. Elle présente une circonférence bien arrondie qui lui donne l'aspect et la forme d'une pièce de monnaie. Le psoriasis *diffusa* est caractérisé par de larges plaques irrégulières dans leurs contours et disséminées sans ordre apparent. Lorsqu'il s'étend à toute la surface du corps, lorsqu'il l'enveloppe tout entier en l'étreignant d'une sorte de cuirasse, alors il constitue le psoriasis *inveterata*, une des

formes les plus difficiles à guérir. Dans la forme *circinata*, désignée à tort sous le nom de *lèpre vulgaire*, ce ne sont plus des figures irrégulières, mais bien des cercles plus ou moins grands au milieu desquels sont enfermés des espaces circulaires de peau saine. Il existe un très-beau spécimen de cette forme dans notre musée. Cette configuration si régulièrement géométrique ne se retrouve pas dans le psoriasis *gyrata*, caractérisé au contraire par de grandes lignes sinueuses qui s'irradient comme au hasard autour de leur point de départ. Toutes ces formes ne sont, d'ailleurs, autre chose que des variétés dans l'aspect extérieur, dans la configuration, dans l'étendue des lésions psoriasiques. En voici d'autres où la variété dépend de l'ingérence d'une affection à type différent. Ainsi le *psoriasis eczémateux* est constitué par des squames moins sèches, moins brillantes que celles du psoriasis ordinaire, et se détachant sur un fond dont l'humidité rappelle celle de l'eczéma. De même, le psoriasis est *icthyosique* ou *pityriasiforme*, lorsque, par leur ténuité et leur défaut d'adhérence les unes aux autres, ses squames rappellent celles du pityriasis ou celles de l'icthyose. M. Bazin a décrit, sous le nom de psoriasis *scarlatiniforme*, une variété de psoriasis caractérisée par des squames larges, faciles à détacher, représentant un fond manifestement rouge, et se développant de préférence à la face antérieure du tronc et particulièrement sur les parties génitales. Il n'est pas enfin jusqu'à la coloration des squames qui n'ait fait distinguer deux formes désignées sous les noms de psoriasis *plâtreux* et de psoriasis *nacré* ou argenté, suivant que les squames présenteront la teinte mate et terne du plâtre, ou bien au contraire la coloration brillante de la nacre et le reflet métallique de l'argent.

III. DIAGNOSTIC DU PSORIASIS.

Telles sont, messieurs, les différences d'aspect ou de forme sous lesquelles nous sommes à même d'observer le psoriasis. Arrivons maintenant à la question du diagnostic. Lorsque le psoriasis est dans sa *période d'état*, c'est-à-dire quand il se présente à nous pourvu de ses trois caractères anatomiques, la squame épidermique, l'élevure, la coloration du derme, nulle difficulté ; aucune autre affection ne vous donnera, en effet, des squames aussi épaisses, aussi blanches, aussi sèches, aussi adhérentes, recouvrant comme d'une carapace des portions de peau hypertrophiées, visiblement épaissies, colorées d'une teinte rouge brunâtre et nettement distinctes des portions de peau restées saines. La difficulté du diagnostic apparaît lorsque le psoriasis, soit par l'effet du temps, soit par l'effet d'un traitement déjà subi, se présente à nous incomplet, dépourvu par exemple des squames qui constituent son caractère pathognomonique par excellence. Ainsi supposez que le psoriasis dans ses formes *guttata* et *circinata* soit dépourvu de ses squames, vous vous trouverez alors en face de papules et de segments de cercle qui auront la ressemblance la plus complète soit avec les papules de la syphilide papuleuse, soit avec les lésions de la syphilide circinée non ulcéreuse. De part et d'autre, vous rencontrerez la même disposition, la même forme, la même coloration, la même indolence, la même absence de phénomènes *réactionnels*, et presque la même chronicité. Dans ces cas, si fréquents dans la pratique, le diagnostic est entouré de difficultés très-grandes, parfois insurmontables : l'effet

d'un traitement antispécifique peut seul alors dissiper tous les doutes. *Naturam morborum curationes ostendunt.* Cependant une observation attentive, aidée d'une recherche consciencieuse des commémoratifs, pourra vous mettre en garde contre une erreur qui serait si préjudiciable aux intérêts du malade. Ainsi, par exemple, la présence des squames adhérentes au centre de la papule et s'en détachant par fragments sous l'action du grattage vous fera reconnaître le psoriasis. Rappelez-vous, en effet, que la squame de la syphilis est habituellement *unifoliacée*, qu'elle se détache d'elle-même du centre de la papule à la base de laquelle le feuillet épidermique forme comme une sorte d'ouverture pupillaire ou comme une *collerette*, suivant la pittoresque expression de Biett. Vous interrogerez les régions ganglionnaires, et si elles ne sont point engorgées, vous aurez chance de ne point avoir affaire à la syphilis. Vous visiterez avec le soin le plus minutieux les siéges d'élection du psoriasis, les coudes, les genoux, la face des membres opposée à la flexion, et là peut-être vous trouverez quelques lésions manifestement psoriasiques sur lesquelles vous assoirez votre diagnostic. Vous interrogerez le malade, et, s'il vous dit que déjà à d'autres époques il a été atteint d'une éruption semblable, vous éloignerez l'idée de la syphilis.

La syphilis, en effet, est essentiellement variable dans ses manifestations successives, elle se reproduit rarement sous la même forme, tandis qu'au contraire l'herpétisme et par conséquent le psoriasis ont pour caractère l'uniformité et la fixité des lésions.

Nous vous disions tout à l'heure qu'en présence du psoriasis *complet*, c'est-à-dire pourvu des trois lésions anatomiques qui le caractérisent, vous ne deviez

ımais vous trouver embarrassés pour établir votre iagnostic. C'est qu'alors, en effet, la présence de]uames épaisses, adhérentes, stratifiées, d'un blanc ıétallique, étalées sur un derme saillant, épaissi et oloré d'une teinte rouge foncé, suffit pour la déter- ıination exacte du diagnostic. Et néanmoins, parmi əs affections à sécrétion sèche, il en est une, grave ntre toutes, qui emprunte quelques-uns de ces caractè- es du psoriasis : nous voulons parler de l'*herpétide naligne exfoliatrice*, cette maladie singulière et heureu- ement très-rare dont nous avons en ce moment un très- eau spécimen à la salle Henri IV. Les éléments du liagnostic différentiel reposent ici sur la nature des quames qui n'offrent pas, dans l'herpétide exfoliatrice, 'épaisseur, l'adhérence, la couleur brillante et la loca- isation en certains points d'élection du psoriasis, mais ui sont au contraire minces, foliacées, si peu adhéren- es qu'elles se détachent incessamment comme l'écorce lu bouleau, en se reformant sans cesse, qui de plus sont énéralisées dès leur origine sur toute l'étendue de la urface cutanée. Ils reposent aussi sur l'existence d'un 3tat généralement grave, dans l'herpétide maligne oxfoliatrice, sur des troubles fonctionnels nombreux et profonds, et sur l'absence de ces mêmes complications dans le psoriasis. Il n'y a guère que le psoriasis *inveterata*, cette forme si grave par sa généralisation et sa ténacité et par les répercussions viscérales qu'elle entraîne, qui puisse faire hésiter un instant le diagnostic ; mais l'étude attentive des commémoratifs et de la marche de l'affection suffira pour dissiper tous les doutes. Citons encore, parmi les affections qui peuvent un instant être confondues avec le psoriasis, le *pityriasis*, cette maladie

si fréquente et qui présente des squames fines, ténues, d'un blanc mat, se détachant comme de la *poussière de son* d'une surface dermique ordinairement rougeâtre et peu ou point hypertrophiée. Citons aussi *l'icthyose*, dont les squames, formées quelquefois d'un épiderme épaissi et corné, reposent sur une peau épaissie et indurée. Mais l'*icthyose* est une lésion *congénitale;* elle constitue une difformité plutôt qu'une maladie; de plus, elle est presque toujours généralisée et ne présente pas les siéges d'élection du psoriasis. Citons enfin l'*eczéma*, non point dans sa forme *aiguë*, mais, dans cette forme *chronique* caractérisée par une formation squameuse plus ou moins sèche. C'est ici le cas de rappeler que l'eczéma débute par des vésicules auxquelles succèdent des ulcérations qui sécrètent un liquide dont la concrétion donne lieu à des squames et à des croûtes ; que ces squames sont minces, unifoliacées, opaques, humides, peu adhérentes et qu'elles recouvrent une surface dermique rouge, mais dépourvue de cet épaississement marqué si manifeste dans le psoriasis. Ajoutons enfin, comme dernier caractère distinctif, que la peau est profondément modifiée dans son aspect, son épaisseur, sa résistance et sa structure au niveau des régions atteintes d'*eczéma chronique*, tandis qu'on n'observe rien de pareil dans le psoriasis, malgré sa durée quelquefois si longue.

SIXIÈME LEÇON

Psoriasis (*suite*).

Messieurs,

Dans la dernière conférence, nous avons commencé l'étude du psoriasis. Nous avons essayé de peindre cette affection de la manière la plus nette et la plus facile à comprendre, en examinant successivement les diverses formes sous lesquelles elle peut se présenter à nos yeux. Nous vous avons montré que, malgré la variété des aspects qu'elle peut revêtir, elle est toujours au fond semblable à elle-même et qu'elle se reconnaît à la coexistence constante de trois lésions anatomiques, qui sont : la squame, l'élevure, la coloration du derme. Eh bien ! messieurs, cette forme extérieure, c'est le vêtement du psoriasis, c'est le manteau dont il couvre les lésions cutanées qui forment son véritable caractère. Qu'il ressemble, par exemple, à une goutte de cire tombée d'une bougie (forme *guttata*), ou à une pièce de monnaie (psoriasis *nummularia*) ; qu'il ne soit qu'un point au milieu de la surface cutanée (psoriasis *punctata*), ou que ses plaques, nombreuses, larges, saillantes, à contours irréguliers, se détachent des parties restées saines comme ces groupes d'îlots que la mappemonde nous montre émergeant du milieu des mers (psoriasis

diffusa) ; qu'il figure des lignes plus ou moins sinueuses (psoriasis *gyrata*), ou qu'il entoure dans ses auréoles des plaques de peau saine (psoriasis *circinata*) ; que dans sa blancheur il soit brillant comme la nacre (psoriasis *nacré*), ou mat comme le plâtre (psoriasis *platreux*), c'est toujours au fond la même affection.

Après avoir passé en revue les diverses manifestations extérieures sous lesquelles le psoriasis se présente à nous, nous l'avons étudié dans sa marche, dans sa durée, dans ses différents modes de terminaison. Nous l'avons vu ainsi, tantôt parcourant son évolution pendant des mois et pendant des années avec une indolence absolue, tantôt rétrocédant à l'intérieur et devenant le point de départ d'affections viscérales graves, parmi lesquelles nous avons placé en première ligne la tuberculose et le cancer. Nous l'avons vu aussi se dénaturant, prenant une forme plus sérieuse et dégénérant en *herpétide maligne exfoliatrice*. Nous avons cherché toutefois à établir les différences qui séparent ces deux affections ; nous avons cherché aussi à distinguer le psoriasis de certaines formes d'eczéma et de syphilide ; nous avons insisté enfin sur les difficultés qui entourent le diagnostic, lorsque le psoriasis se présente à nous dénaturé par l'influence du temps ou par celle d'un traitement antérieur. Dans cette étude, nous nous sommes bornés à examiner le psoriasis sous son aspect typique et en quelque sorte classique. Aujourd'hui, nous allons entrer plus profondément dans notre sujet, en examinant les modifications que le psoriasis éprouve d'après le siége qu'il occupe, en recherchant quelle est sa nature et en interrogeant à son égard les ressources de la thérapeutique.

Variétés de siéges du psoriasis. — Disons d'abord, relativement à son siége, que le psoriasis subit la loi commune à la plupart des affections cutanées, c'est-à-dire qu'il est influencé dans sa marche et dans ses symptômes par la nature du terrain sur lequel il se développe. Pareil aux essences végétales, qui vivent et prospèrent dans certaines conditions de sol et de climat et qui dépérissent dans des conditions opposées, le psoriasis et avec lui la plupart des maladies de la peau subissent l'influence du terrain sur lequel ils naissent. Hors d'un terrain favorable, il n'est plus lui-même, il devient méconnaissable.

Quelle différence, par exemple, entre le psoriasis développé aux coudes, aux genoux, à la face postérieure du tronc, là en un mot où la peau a le plus d'épaisseur et de sécheresse, et le psoriasis du creux popelité de la face antérieure de l'avant-bras, etc.! Et d'autre part quelle diversité dans les symptômes, suivant qu'il siége dans telle région ou dans telle autre !

Psoriasis capitis. — Voyons-le, par exemple, au cuir chevelu, sur ce derme si riche en follicules sudoripares et sébacés. Là il présente des modifications profondes. Les squames deviennent mates et en quelque sorte graisseuses. Elles n'ont plus cet aspect brillant et comme métallique, qu'elles présentaient en d'autres régions.

Psoriasis de l'oreille. — Voyons-le encore sur le pavillon de l'oreille, sur cette conque mobile, flexible, soutenue par un cartilage et revêtue d'un mince feuillet épidermique. Le psoriasis enflamme le derme de cette

membrane; il y entretient des fissures et des rhagades douloureuses; en même temps, il l'épaissit, il la durcit et lui fait perdre la flexibilité et la souplesse nécessaires à la délicatesse de ses usages.

Psoriasis des paupières. — Vient-il à se développer sur les paupières, sur ces voiles minces et membraneux destinés par leur clignement à protéger l'œil contre les influences extérieures et à lubrifier sa surface, il y occasionne des désordres graves. De cette peau délicate, fine et humide, il fait une membrane épaisse, rigide, cassante, dépourvue de la souplesse nécessaire à ses mouvements. Il amène à sa suite des fissures douloureuses, il entretient des conjonctivités chroniques, et peut aboutir finalement à un ectropion, infirmité pénible et difficile à guérir.

Psoriasis buccal. — Siége-t-il au pourtour de la bouche, il y apporte des désordres d'un autre genre : il épaissit le derme qui entoure cet orifice, il le fendille et l'ulcère en produisant des fissures disposées autour de l'orifice buccal comme autant de lignes qui figurent les rayons d'une auréole. Il fait perdre ainsi à la bouche son élasticité, sa souplesse et son extensibilité.

Psoriasis lingual. — Ce triste privilége d'apporter une gêne incessante aux fonctions de l'organe envahi se retrouve chez le psoriasis lingual. Représentons-nous ici la structure de la langue, sa charpente essentiellement musculaire, la muqueuse épaisse, adhérente et si délicatement sensible qui la revêt; rappelons-nous les usages variés auxquels elle concourt :

l'articulation des sons, la déglutition, la préhension des aliments et la gustation, et nous aurons une idée des troubles fonctionnels produits chez elle par cette carapace inextensible du psoriasis. Nous verrons parallèlement au développement des squames, disparaître l'élasticité, la souplesse, la mobilité et la sensibilité nécessaires à la langue pour des usages si variés.

Psoriasis articulaire. — Nous observerons aussi des désordres graves du côté des articulations envahies par le psoriasis. La peau de la région péri-articulaire, cette peau disposée par sa souplesse et son élasticité pour les tiraillements et les mouvements d'élongation et de rétraction auxquels elle est incessamment soumise, devient épaisse, indurée, rigide, fendillée. Les rhagades dont elle se couvre la rendent douloureuse ; les mouvements deviennent difficiles, parfois même définitivement impossibles.

Psoriasis palmaire et plantaire. — Il en sera de même lorsque le psoriasis siégera sur la face palmaire de la main : avec lui, la peau de cette région deviendra dure, rigide, inextensible, fendillée, douloureuse, tout à fait incapable de se prêter aux divers usages que réclament les travaux manuels. A la plante des pieds, des rhagades profondes et enflammées rendent la marche pénible et même impossible.

Psoriasis des parties génitales. — Voulons-nous savoir encore ce que le psoriasis peut entraîner d'inconvénients et de troubles fonctionnels, reportons-nous au psoriasis *scarlatiniforme*, à cette forme rare qui envahit de préfé-

rence les parties génitales. Énumérons tous les inconvénients qui résulteront pour le malade d'une carapace constituée par des squames nombreuses, foliacées, adhérentes autour de la verge, par exemple : gêne, obstacle permanent à l'érection, rendue douloureuse ; rapports sexuels rendus difficiles ou même impossibles, etc, etc. Nous conclurons donc, après ce rapide exposé, que le psoriasis, cette affection en général indolente, peut, dans certaines conditions de siége et de terrain, modifier ses caractères extérieurs et devenir la cause de souffrances et de troubles fonctionnels dont il faut rechercher la raison d'être dans la structure et dans les fonctions des organes envahis.

Nature du psoriasis. — Le moment est venu de nous demander ce que c'est que le psoriasis. En d'autres termes, nous devons rechercher quelle est la nature de cette affection. Disons d'abord qu'elle peut se rencontrer dans deux conditions bien différentes : 1° à l'état *idiopathique ;* 2° à l'état *symptomatique.*

Psoriasis idiopathique. — Idiopathique, le psoriasis est toujours localisé et reconnaît pour cause des frottements ou des pressions répétés sur une région exposée aux actions mécaniques : tel est le psoriasis des coudes, des genoux, de la face antérieure de la cuisse ; c'est celui des parqueteurs, des frotteurs, des personnes qui, par dévotion, passent un temps considérable à genoux. Cette variété du psoriasis est de beaucoup la plus rare et la moins intéressante à connaître.

Psoriasis symptomatique. — Dans l'immense majorité

des cas, le psoriasis est *symptomatique*, c'est-à-dire qu'il reconnaît pour cause une influence générale diathésique. De quelle nature est cette influence diathésique? Pour M. Bazin, il existe un psoriasis *arthritique*, c'est-à-dire symptomatique de l'arthritis. Eh bien! malgré l'estime profonde que nous professons pour l'autorité et le talent de M. Bazin, malgré le respect que nous portons à ce maître qui restera une des gloires de l'hôpital Saint-Louis, nous avouons qu'il nous est impossible d'adopter complétement les idées qu'il professe sur ce sujet.

Psoriasis herpétique. — Aussi nous ne parlerons pas du psoriasis arthritique. Mais si l'existence de l'arthritis en tant que diathèse est contestée, il n'en est pas de même de l'*herpétisme :* le psoriasis est une des plus fréquentes et des plus importantes manifestations de l'herpétisme; il lui doit sa généralisation, sa symétrie, sa longue durée, ses récidives et sa résistance vis-à-vis des agents thérapeutiques.

Psoriasis syphilitique. — Existe-t-il un psoriasis *syphilitique?* MM. Bazin et Hardy le nient, sauf pour le cas où le psoriasis est palmaire ou plantaire; et encore, dans ce cas, l'affection cutanée n'est-elle pas, à proprement parler, un psoriasis; elle n'est qu'une affection squameuse. Eh bien! messieurs, je vais oser vous exprimer une opinion contraire à celle de ces deux maîtres. J'ai vu l'année dernière, dans la salle Henri IV, une femme syphilitique que j'ai montrée à plusieurs d'entre vous et qui, sans avoir jamais eu d'antécédents psoriasiques, nous a présenté, dans le cours de l'évolution d'accidents syphilitiques tardifs et presque tertiaires, des plaques

d'un psoriasis incontestable et dont la couleur rouge brunâtre était plus accentuée, plus syphilitique qu'elle ne l'est dans le psoriasis herpétique.

Aujourd'hui, je mets sous vos yeux une autre malade couchée au n° 51 de la salle Henri IV. Cette femme est atteinte d'une syphilis grave, ancienne, arrivée à la période des accidents tardifs et presque tertiaires. Or, en même temps que les ulcérations spécifiques de la syphilis, voyez sur la face externe et antérieure de ses cuisses et de ses jambes ces larges surfaces de coloration chair de jambon cru, semblables aux élevures du psoriasis herpétique, mais en différant par la teinte essentiellement syphilitique que je viens de vous signaler. Voyez, sur ces surfaces, ces squames épaisses imbriquées, fortement adhérentes, en tout semblables aux squames du psoriasis herpétique. N'avez-vous pas là sous les yeux un véritable psoriasis? et, vu l'absence d'antécédent herpétique, n'êtes-vous pas autorisés à conclure qu'il s'agit là d'un psoriasis syphilitique? Ces deux faits si intéressants nous permettront donc d'établir en principe que la syphilis, dans ses formes tardives, anciennes et contemporaines des accidents tertiaires ou ulcéreux, peut avoir pour symptôme le psoriasis, qui devient alors une des manifestations syphilitiques les plus sérieuses. Voici maintenant une observation recueillie par M. Muzelier, mon interne, et qui prouve le même fait, à savoir qu'il existe un psoriasis syphilitique et même que le psoriasis peut être une manifestation précoce de la syphilis. Dans le fait que nous allons relater, la nature syphilitique du psoriasis est déduite du traitement, puisque ce psoriasis, diagnostiqué par M. Hardy, a cédé en six semaines à un traitement antisyphilitique.

Observation. — Le nommé Belner, tonnelier, âgé de 25 ans, est entré dans notre service le 6 août 1875, salle Saint-Charles, n° 16. Ce malade contracta, il y a cinq mois environ, un chancre au niveau de la couronne du gland. La durée de ce chancre, d'après les souvenirs du malade, ne dépassa guère quinze jours. Ajoutons qu'il avait été précédé d'une blennorragie dont il reste encore des traces aujourd'hui. La guérison du chancre fut suivie, à très-bref délai, de l'apparition d'une éruption qui paraît avoir présenté dès son origine des caractères semblables à ceux que l'on constate à l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital. Peu de temps après le début de cette éruption, il y eut formation de plaques muqueuses sur le prépuce et dans la cavité buccale. A l'entrée du malade, nous constatons l'état suivant : il existe sur presque toute la surface du tronc et des membres une éruption constituée par des papules assez saillantes, isolées les unes des autres, du diamètre moyen d'une pièce de un franc, de coloration brune rougeâtre, recouvertes en partie par des squames minces et blanchâtres qui rappellent, à s'y méprendre les squames du *psoriasis*. A la face antérieure du tronc, les saillies papuleuses se présentent avec tous les caractères que nous venons de signaler, seulement les squames s'y éloignent davantage de l'aspect psoriasiforme, et la coloration brunâtre qui les distingue est un peu différente de celle que l'on trouve ordinairement dans le psoriasis. Au niveau des coudes et des genoux existent quelques papules plus petites que les autres et recouvertes de squames un peu plus épaisses et plus adhérentes que sur le reste de l'enveloppe cutanée. L'examen de la cavité buccale fait reconnaître l'existence de plaques muqueuses parfaitement carac-

térisées sur le dos de la langue, sur l'amygdale droite, à la face interne des lèvres et notamment de la lèvre supérieure. On trouve également quelques ulcérations de même nature dans le sillon glando-préputial.

Consulté au sujet de la possibilité de l'existence chez le malade d'un psoriasis d'origine syphilitique, M. Hardy a cru devoir faire des réserves formelles sur cette question. Il a déclaré d'abord que, considérée dans son ensemble, c'est-à-dire avec les caractères qu'elle présentait sur le tronc et sur la face palmaire des membres supérieurs, ainsi que sur la face des membres inférieurs opposée à l'extension, l'éruption actuelle devait être rapportée à la syphilis. Relativement aux papules et aux squames qui existaient au niveau des coudes et des genoux et qui présentaient une si grande ressemblance avec les papules et les squames du véritable psoriasis, il a émis l'opinion qu'il s'agissait bien là d'un psoriasis, mais d'un psoriasis sans parenté aucune avec la syphilis et par conséquent tout à fait distinct de l'éruption qui couvrait les autres points de la surface cutanée.

Suivant M. Hardy, la coïncidence d'un psoriasis et de manifestations syphilitiques était une étrangeté apparente dont il était facile de trouver l'explication dans les circonstances étiologiques qui avaient présidé au développement de l'affection cutanée. Il était légitime d'admettre, en effet, que, sous l'influence de cette émotion morale, de ce chagrin qui accompagnent si souvent pour les malades la découverte de leur chancre et que le nôtre avait certainement éprouvés, il s'était fait vers la peau une de ces poussées si fréquentes dans l'histoire du psoriasis, et que c'était à cette influence que l'on devait rapporter l'existence d'une éruption de psoriasis coïncidant

avec une syphilide papulo-squammeuse. M. Hardy annonçait en conséquence que, si l'on soumettait le malade à un traitement antispécifique, on obtiendrait la guérison de l'éruption syphilitique, mais que l'on n'aurait aucune prise sur le psoriasis qui resterait intact. Les résultats de la médication qui a été mise en usage n'ont point justifié cette interprétation. Le malade fut soumis en effet, dès le lendemain de son entrée, à un traitement exclusivement antisyphilitique. Il prit chaque jour une pilule de proto-iodure de mercure à 0,03 cent. A la date du 15 septembre, c'est-à-dire après un traitement de six semaines, l'éruption était en pleine voie de décroissance sur tous les points qu'elle occupait naguère : il n'y avait plus de squames ni de saillies papuleuses, mais seulement des macules brunâtres couleur de jambon fumé, d'une physionomie incontestablement syphilitique.

Le malade est sorti le 18 septembre, en voie d'amélioration notable et ne conservant plus que des taches brunes, seul vestige de l'éruption qu'il portait à son entrée à l'hôpital.

Pronostic. — Le pronostic du psoriasis est-il grave ? Vous trouverez, messieurs, dans certains ouvrages de pathologie des conclusions un peu trop optimistes relativement à la marche et à la durée de cette affection. Rappelons-nous, en effet, les traits principaux de l'histoire du psoriasis ; rappelons-nous sa durée si longue son incurabilité, ses récidives, ses inconvénients au point de vue social ; reportons-nous au tableau symptomatique, parfois si chargé, sous lequel il se montre à nous, aux répercussions viscérales si graves dont il peut être l'origine, et nous aurons restitué à cette af

fection les sombres couleurs qui lui appartiennent. Sans doute elle n'est pas aussi constamment grave que le pemphigus et le rupia; mais elle s'en rapproche néanmoins par l'étendue des désordres qu'elle occasionne et qui sont quelquefois assez considérables pour amener la mort.

IV. TRAITEMENT DU PSORIASIS.

Il nous reste à étudier la question difficile et complexe du traitement. Disons d'abord que la thérapeutique du psoriasis a subi, à des époques différentes, une série de transformations en rapport avec les idées qui régnaient sur la nature de cette affection. C'est ainsi que Rayer, contemporain de Broussais, voyant dans le psoriasis une affection de nature inflammatoire, avait institué contre lui une médication antiphlogistique dans laquelle les purgatifs, la diète, la saignée des bras jouaient le principal rôle. C'est surtout au traitement *local* que les médecins se sont adressés de tout temps pour obtenir la guérison du psoriasis. Une variété innombrable de liniments, pommades ou onguents, a vu le jour dans ce but. Nous savons à quoi nous en tenir aujourd'hui sur la valeur de ces moyens, dont aucun ne remplit le but proposé. Il y a plus : ces préparations empiriques présentent quelquefois de graves inconvénients. Le hasard nous fournit même aujourd'hui l'occasion de constater les préjudices qu'elles peuvent entraîner pour la santé des malades. Au n° 46 de la salle Saint-Charles est couché un homme atteint de prurigo. Avant son entrée à l'hôpital, cet homme recourut à l'emploi d'une pommade de com-

position inconnue fournie par un pharmacien. Il est résulté de cette application intempestive une éruption pemphigoïde qui s'est développée précisément dans les points soumis à l'usage de cette pommade irritante. Nous allons passer une revue rapide des moyens externes qui ont joui de la plus grande vogue à notre époque. Il y a quelques années, on proposa l'huile de pétrole ; mais des faits nombreux, dont quelques-uns ont été recueillis dans notre service, sont venus prouver que l'action de ce topique sur la peau était beaucoup trop irritante. Nous pouvons adresser la même critique à l'huile de térébenthine, dont on a retiré de bons effets dans des cas trop rares pour justifier la continuation de son emploi. Il y a quelques années, M. Hardy eut l'idée de faire disparaître le psoriasis, de l'absorber en quelque sorte en provoquant vers la peau une poussée inflammatoire destinée à servir d'inflammation substitutive. A cet effet, il employa le copahu à haute dose et réussit à faire naître une fièvre accompagnée d'érythème généralisé dont l'action thérapeutique parut salutaire dans quelques cas. Nous avons, à la même époque, employé ce moyen dans nos salles; mais nous avons toujours vu, une fois la fièvre et la poussée érythémateuse disparues, le psoriasis reparaître avec tous ses caractères. Un peu plus tard et dans le même ordre d'idées, M. Lutz, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, conseilla le sulfure double de sodium et d'antimoine, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur. Cette méthode, employée à plusieurs reprises dans notre service, nous a donné les résultats suivants : coliques, vomissements, diarrhée, pour la *voie interne ;* changement de couleur de la peau, qui devenait jaune ou rouge

faisait ressembler les malades à des Peaux-Rouges, ›ur la *voie externe*. Dans tous ces cas, le psoriasis est ›sté absolument intact, et les moyens que nous venons énumérer sont d'ailleurs tombés aujourd'hui en déıétude.

Cherchons à notre tour à établir une thérapeutique ıtionnelle du psoriasis.

En étudiant cette affection, nous avons vu qu'il fallait ıire deux parts dans son histoire : celle de la *lésion utanée* et celle de la *diathèse*, qui la fait naître et ui l'entretient. De cette double manière d'envisager le ›soriasis découlent deux indications thérapeutiques bien listinctes, l'une s'adressant à la lésion locale elle-même, 'autre à l'état diathésique dont elle est l'expression. En l'autres termes, le psoriasis doit être attaqué par deux ;ortes de moyens : moyens *externes* et moyens *internes* ›u *antidiathésiques*.

Traitement externe. — Le traitement local a toujours été particulièrement en faveur ; mais de tous les agents dont il a suscité l'emploi il en est bien peu qui aient résisté à l'épreuve du temps et de l'expérience. Il en est un pourtant qui a survécu à l'oubli : c'est l'*huile de cade*, ce puissant topique dont l'usage est si répandu dans cet hôpital. Le but du traitement local est de guérir les surfaces malades, en détruisant les squames et en modifiant la vitalité morbide du derme qui les produit ; or l'huile de cade constitue le meilleur moyen d'arriver à ce but difficile à atteindre. On fait deux frictions par jour, avec cette huile, sur les surfaces psoriasiques. Peu à peu les squames se désagrégent et tombent ; la papule

dermique se trouve à nu et s'affaisse à son tour, la coloration elle-même pâlit et s'efface en dernier lieu pour disparaître dans un délai plus ou moins rapproché. La durée de ce traitement est toujours longue. Elle varie d'ailleurs suivant qu'il s'agit de telle ou telle forme de psoriasis : de 2 à 3 mois pour la forme *punctata ;* de 3 à 4 mois pour la forme *diffusa ;* de 6 mois à un an et même davantage pour le *psoriasis* invétéré. Le traitement externe trouve un adjuvant utile dans l'emploi des bains, bains simples et surtout bains alcalins composés de 500 ou 1000 grammes de carbonate de soude. Ces bains présentent le double avantage de dissoudre les couches d'huile et de modifier dans un sens favorable la vitalité de la peau. Lorsque les squames sont épaisses et résistantes, on se trouve bien de l'emploi de douches de vapeur ou de bains à l'hydrofère. Ce traitement n'est pas aussi complétement inoffensif qu'on pourrait le croire. Ainsi l'emploi de l'huile de cade donne lieu à une odeur désagréable et difficile à supporter pour certaines personnes. Il présente de plus le grand inconvénient d'être mal toléré par certaines peaux. On voit naître quelquefois en effet, sous l'influence de l'huile de cade, une véritable inflammation de la peau avec fièvre et une éruption particulière désignée sous le nom *d'éruption cadique*. Lorsqu'une pareille complication survient, il faut cesser toute application topique irritante et restreindre le traitement à l'usage des cataplasmes de fécule et des bains émollients.

Bientôt les accidents inflammatoires disparaissent; il faut alors reprendre l'emploi des moyens abandonnés, en s'efforçant toutefois de mitiger leur action par des mélanges qui permettent d'atténuer leurs propriétés ir-

ritantes. Or l'huile de cade mélangée à parties égales de glycérine ou d'huile d'amandes douces est le meilleur moyen d'arriver à ce résultat.

Traitement diathésique. — Le traitement externe ainsi conçu n'a qu'une action locale, c'est-à-dire bornée à la lésion cutanée qui constitue le psoriasis; mais il ne peut amener de guérison durable, parce qu'il ne peut rien contre le principe diathésique qui produit le développement de la maladie. Combattre ce principe par des modificateurs internes, tel est le but du traitement antidiathésique. A-t-on affaire à la diathèse herpétique, il faut s'adresser au médicament antiherpétique par excellence, à l'arsenic, et l'on n'est pas obligé ici d'en surveiller l'emploi avec autant de circonspection que lorsqu'il s'agit des dartres humides; les poussées vers la peau ne sont pas à craindre lorsqu'il s'agit du psoriasis. Inférieur comme spécifique au mercure, à l'iodure de potassium et même à l'iode, l'arsenic n'en tient pas moins le premier rang dans la thérapeutique de la dartre et par conséquent dans celle du psoriasis. On l'administre sous deux formes, sous forme de *pilules* et sous forme de *solutions*. D'une manière générale, il doit être pris au moment des repas; c'est l'heure à laquelle les médicaments antidiathésiques doivent être administrés, parce qu'ils sont alors plus facilement tolérés, absorbés et assimilés. Il faut se garder, au début, d'en exagérer la dose; on pourrait provoquer en effet, ainsi, des accidents sérieux du côté du tube digestif : diarrhées, vomissements. 5 à 6 milligrammes par jour au début, un peu plus tard 9 milligrammes, plus tard encore la dose maximun de 12 milligrammes, telles sont

les limites entre lesquelles doit osciller l'usage quotidien de l'arsenic. En solution, je vous recommande la formule suivante :

Eau.	500 grammes,
Arséniate de soude.	10 centigrammes,

à la dose de 3 à 6 cuillerées par jour et toujours au moment des repas[1]. N'oublions pas de dire que le traitement du psoriasis est toujours long et que l'emploi de l'arsenic doit être continué longtemps encore après la lésion disparue, si l'on veut assurer au malade une guérison durable. N'oublions pas non plus que cette guérison n'est en général que transitoire et passagère, destinée qu'elle est, tôt ou tard, à disparaître devant une nouvelle manifestation du principe diathésique qui s'est implanté dans l'économie.

1. Si vous préférez donner l'arsenic sous forme pilulaire, voici quelle est la formule dont je me sers le plus souvent :

Arséniate de soude.	0,001,
Extrait de gentiane.	0,10,

pour chaque pilule. Donnez-en deux, trois et jusqu'à quatre à chacun des trois repas de la journée.

SEPTIEME LEÇON

Eczéma.

Messieurs,

Nos dernières leçons ont été consacrées à l'étude du psoriasis. Dans cette étude, nous avons passé en revue successivement les lésions anatomiques qui caractérisent la dartre sèche, leur évolution, leur durée, leur marche. Nous avons insisté sur les récidives de la maladie, sur les rétrocessions viscérales auxquelles elle peut donner lieu ; puis nous avons cherché à réunir les éléments de son diagnostic, en nous efforçant de le dégager des obscurités et des causes d'erreur dont il peut être entouré. Cette étude a fait ressortir à nos yeux un fait capital, le fait de la chronicité absolue et complète, soit que l'on envisage la maladie dans sa durée, soit qu'on la considère dans la forme et dans l'évolution de ses lésions cutanées. Nous avons vu, en effet, qu'un des caractères principaux du psoriasis est la lenteur extrême de sa marche et sa durée en quelque sorte indéfinie. Nous avons vu aussi que, malgré ses guérisons temporaires, cette affection est vouée à des récidives presque certaines, qu'elle devient en quelque sorte partie intégrante de celui qui en est atteint, et qu'elle constitue pour lui comme une seconde nature, dont il

ne peut être débarrassé, même par le traitement le plus rationnel. Le psoriasis a donc pleinement justifié à nos yeux, pour son propre compte, le vers célèbre d'Horace :

Naturam expellas furca, tandem usque recurret.

Un grand fait s'est dégagé encore de cette étude : c'est l'absence complète de phénomènes inflammatoires pendant toute la durée de la maladie ; silencieux, calme, indolent, le psoriasis ne détermine, en général, ni douleurs ni troubles d'aucune sorte. Et c'est seulement dans le cas où il gêne, par sa présence et par les altérations qu'il détermine, le fonctionnement des parties sur lesquelles il est implanté, qu'il fait trêve à son indolence habituelle. Après l'avoir suivi dans sa marche et dans sa durée, nous avons recherché les complications dont il est susceptible et les rétrocessions viscérales dont il peut être l'origine ; nous avons reconnu à ces complications et à ces métastases un caractère commun, celui de la *chronicité :* chronicité dans les lésions qui s'appellent ici *tuberculose* ou *cancer*, chronicité dans les symptômes, depuis la fièvre qui est une fièvre lente, hectique et consomptive, jusqu'à la diarrhée qui prend la forme d'un catarrhe chronique. Nous avons montré, en un mot, que le psoriasis méritait à tous égards le titre de dartre morte que lui donnaient les anciens.

Il nous paraît intéressant de placer aujourd'hui en regard de cette grande figure du psoriasis une autre affection qui occupe, elle aussi, un rang élevé dans la dermatologie.

Cette affection, c'est l'*eczéma*, la *dartre vive* des auteurs anciens. Quelle différence de part et d'autre dans les caractères extérieurs et la marche ! Dans le psoria-

sis, la peau, momifiée, sèche, pétrifiée, semblable à une carapace inerte, atteinte dans l'activité sécrétoire de ses glandes sudorales et sébacées, frappée, en un mot, dans tous les éléments de sa vitalité, nous offrait l'image parfaite de la dartre morte. Dans l'eczéma, au contraire, c'est une suractivité vitale excessive, qui se manifeste du côté de la peau. Cette membrane devient le siége d'une sécrétion abondante; elle est brûlante, rouge, tendue ; elle présente, en un mot, réunis à un haut degré, les caractères de l'inflammation. Dans le *psoriasis*, les complications suivent une marche lente et chronique, comme l'affection primitive elle-même. Dans l'eczéma, les métastases sont rapides et soudaines, remarquables par le cachet phlegmasique qui les distingue.

Reportons-nous ici à l'histoire de l'eczéma fluent : rappelons-nous l'acuïté et l'évolution rapide des manifestations répercussives dans cette forme de l'eczéma ; rappelons-nous sa disparition brusque, coïncidant avec l'apparition de complications aiguës toujours graves, souvent mortelles, et nous aurons une idée de l'importance qu'il faut attacher à l'histoire des métastases de l'eczéma. C'est dans cet ordre de faits que se place le cas suivant, observé dernièrement par nous : un enfant de très-jeune âge fut atteint d'eczéma fluent du côté des oreilles et des plis inguinaux. Cet eczéma vint à sécher subitement; mais, au moment même où il semblait disparaître, survint un catarrhe bronchique suffocant, qui emporta rapidement le malade. De pareils faits ne sont pas rares : ils se rattachent à cette grande loi d'antagonisme et de balancement qui relie entre elles les muqueuses et la peau. Le caractère inflammatoire appartient donc à l'eczéma, et c'est là surtout

ce qui en fait une affection si différente du psoriasis.

Nous allons maintenant entrer plus avant dans l'étude de cette maladie, de ses symptômes, de sa marche, de sa durée, de ses formes, et nous terminerons par quelques considérations relatives à sa nature, à son diagnostic et à son traitement.

Le mot *eczéma* vient du mot grec ἐκζέω, qui veut dire : je brûle. Sauvages désignait cette affection sous le nom de *dartre vive ;* Alibert, dans son langage imagé, l'appelait *herpes squamosus madidans*. Définir l'eczéma n'est pas chose facile, parce que cette affection présente des caractères tellement variés, des formes si nombreuses, des aspects si différents et une manière d'être si complexe, qu'il est difficile d'en donner une idée complète dans une seule définition. Nous vous proposons la définition suivante, qui a le mérite d'embrasser dans son ampleur les caractères principaux de la maladie.

Définition. — *L'eczéma* est une maladie de la peau et des muqueuses, inflammatoire, non contagieuse, à forme tantôt *aiguë*, tantôt *chronique*, caractérisée à sa période d'état par une éuption de vésicules transparentes, petites, confluentes, sans durée, se produisant habituellement sur une surface érythémateuse, renfermant un liquide clair, séro-muqueux, pouvant être résorbé localement, épanché le plus souvent au dehors, continuant souvent à être sécrété pendant un temps considérable par les surfaces excoriées que les vésicules laissent après elles, se concrétant en croûtes minces, lesquelles, à mesure que les surfaces exhalantes se dessèchent et se cicatrisent, sont remplacées par des squames, qui

sont la dernière lésion de l'eczéma et comme l'annonce de sa fin prochaine.

Au point de vue de la fréquence, l'eczéma occupe le premier rang dans la pathologie cutanée : c'est une affection très-répandue et qui représente à elle seule le tiers environ de la masse totale des affections cutanées, comme l'ont démontré les recherches statistiques de Devergie. Elle est de tous les sexes et de tous les âges et peut frapper toutes les régions du corps. Légère et bénigne dans la grande majorité des cas, elle peut devenir grave lorsqu'elle revêt certaines formes : dans la forme *fluente*, en raison de l'excessive sécrétion qu'elle produit et des déperditions incessantes auxquelles elle soumet les malades ; dans la forme *chronique*, à cause des ulcérations qu'elle détermine et des altérations profondes qu'elle amène dans la structure de la peau. L'eczéma est donc à tous les titres une affection intéressante à étudier. Commençons par la suivre dans l'évolution de ses lésions et de ses symptômes.

Marche et développement de l'eczéma. — Il y a lieu de distinguer quatre périodes dans la marche de l'eczéma : une période *érythémateuse*, une période *vésiculeuse*, une période d'*ulcération, de suintement et de croûtes*, une période de *dessiccation.*

Période érythémateuse. — Le plus souvent l'eczéma débute par une congestion érythémateuse, accompagnée d'une sensation de chaleur, de cuisson, de brûlure, de démangeaison au niveau des surfaces cutanées atteintes. Il n'est pas rare d'observer en même temps quelques accidents généraux, malaise, céphalalgie, troubles gastriques, fièvre légère.

Période vésiculeuse. — La surface érythémateuse perd vite son aspect lisse et uniforme : au bout d'un certain nombre d'heures, elle devient inégale, raboteuse et se couvre de granulations vésiculeuses très-petites, semblables à des grains de millet, tellement exiguës quelquefois qu'on ne peut les apercevoir que sous certaines incidences de lumière. Ces vésicules, confluentes, petites, transparentes, élevées sur un fond rouge, représentent la lésion mère de l'eczéma : leur apparition correspond à la période d'état de la maladie ; elles sont essentiellement éphémères et fugaces, essentiellement variables dans leurs caractères de confluence, de ténuité et d'implantation. Pour les détruire, il suffit de la plus petite cause mécanique, d'un frottement, d'une légère contusion. Elles disparaissent en général au bout d'un petit nombre d'heures, d'une journée tout au plus.

Les symptômes de la période d'état sont à peu de chose près les mêmes que ceux de la période du début : dans cette seconde période, comme dans la première, la peau est tendue, luisante, rouge, douloureuse ; l'état général peut offrir aussi quelques troubles assez prononcés. Ces symptômes précèdent l'entrée en scène de la troisième période.

Période d'ulcération, de suintement et de croûtes. — Dans cette troisième période, l'aspect des surfaces malades se modifie par suite de l'évolution des vésicules, évolution qui peut se faire de deux manières différentes. Dans un premier cas, les choses se passent de la façon suivante : les vésicules se flétrissent, s'affaissent et disparaissent par suite de la résorption du li-

quide qu'elles contenaient, en laissant derrière elles un épiderme flétri et désormais inutile, qui est destiné à être bientôt éliminé ; puis tout rentre dans l'ordre : la rougeur et la congestion s'effacent, les surfaces atteintes reprennent leur état normal ; c'est là un mode de terminaison rare, exceptionnel même, dans l'eczéma.

Voici comment les choses se passent le plus souvent. Quelques heures après leur apparition, les vésicules se crèvent et donnent issue à un liquide transparent, incolore, de consistance gommeuse, qui s'étale sur la peau et y forme une couche humide et visqueuse ; à la place qu'elles occupaient existent des ulcérations très-superficielles, petites, irrégulières dans leurs contours, circonscrites par des bords taillés en biseau, et baignées dans toute leur étendue par un liquide transparent, visqueux, semblable à une dissolution de gomme arabique, empésant le linge comme la liqueur spermatique. Abandonné au contact de l'air, ce liquide se concrète, se mélange aux débris épidermiques, et forme des croûtes minces, aplaties, lamelleuses, humides, d'un blanc plus ou moins jaunâtre. Ces croûtes se reforment à mesure qu'elles se détachent et se reproduisent en quelque sorte indéfiniment, lorsque la sécrétion morbide est très-abondante et lorsqu'elle continue après la disparition des vésicules. Quand cette sécrétion est modérée, quand elle s'arrête à la fin de la période vésiculeuse, les choses se passent alors différemment : les croûtes ne se reproduisent pas, mais elles restent à la place où elles se sont formées et couvrent de leur abri protecteur le travail de cicatrisation qui s'empare des surfaces ulcérées. Tels sont les phénomènes qui caractérisent la troisième période de l'eczéma.

Dans la quatrième et dernière période, la suractivité morbide qui dominait la scène dans les premières périodes s'éteint progressivement : la sécrétion humide cesse absolument, elle est remplacée par la sécrétion, sous forme de squames, de l'épiderme qui n'est point encore assez sain pour rester appliqué définitivement sur le derme. Ces squames sont foliacées, lamelleuses, d'un blanc jaunâtre ; elles se détachent facilement et deviennent, à mesure que la maladie approche de la guérison définitive, de moins en moins larges, de moins en moins épaisses, de plus en plus rares, jusqu'à ce qu'enfin elles disparaissent complétement d'une surface épidermique désormais saine et normale.

La *durée* de l'eczéma est variable ; c'est ce que nous avait fait pressentir, du reste, l'étude de ses divers modes de terminaison ; mais, si longue que cette durée puisse être, elle ne change rien au caractère anatomique de la maladie, qui reste limitée aux couches superficielles du derme et, conséquemment, n'entraîne point la formation de cicatrices. Les modifications que l'eczéma entraîne à sa suite dans le tissu de la peau, lorsqu'il a suivi une marche chronique, sont des modifications dans les propriétés physiques de cette membrane, dans son épaisseur, dans sa coloration, dans son élasticité, dans sa résistance. Nous nous expliquons ainsi pourquoi, à la suite de l'eczéma chronique, la peau reste tendue et amincie, et pourquoi elle ne représente plus qu'une sorte de pellicule d'une ténuité extrême, d'une coloration brillante, rougeâtre, à reflets métalliques, comme vernissée, et donnant au toucher, outre la sensation d'une excessive minceur, celle d'une surface satinée. Nous nous expliquons encore, par cette perte d'élasti-

cité et de résistance, l'impuissance où elle sera désormais de protéger efficacement les parties qu'elle recouvre. Cette altération profonde dans les propriétés de la peau nous rend compte aussi de la fréquence des engorgements circulatoires et de la tendance aux ulcérations que l'on rencontre en pareil cas. C'est surtout aux membres inférieurs que se trouvent réunies, à un haut degré, les conditions fâcheuses qui rendent particulièrement grave le pronostic de l'*eczéma chronique*.

HUITIÈME LEÇON

Eczéma (*suite*).

Messieurs,

Dans la dernière leçon, nous avons commencé l'étude de l'*eczéma*. Mais, avant d'entrer dans notre sujet, nous avons fait un retour en arrière vers le *psoriasis*. Nous avons résumé brièvement les traits principaux de son histoire, pour en faire ressortir l'importance à vos yeux, et nous l'avons placé en face d'une autre affection également intéressante, l'eczéma. Nous avons essayé d'établir un parallèle entre ces deux grandes figures de la diathèse herpétique, en comparant les uns aux autres leurs caractères respectifs. Nous avons cherché surtout à vous faire saisir l'étendue des différences qui établissent entre elles une ligne de démarcation si profonde.

Après avoir jeté ce coup d'œil rétrospectif, nous sommes entré dans l'étude de l'eczéma. C'est à indiquer nettement le caractère inflammatoire de cette maladie et des complications viscérales qui s'y rattachent que nous nous sommes appliqués d'abord. Ensuite nous avons exposé sa marche et la succession des périodes qu'elle parcourt durant son évolution. Nous avons

montré que ces périodes étaient au nombre de quatre, et nous les avons décrites, dans leur ordre d'apparition, sous les titres de : 1° période de congestion érythémateuse; 2° période d'éruption vésiculeuse; 3° période d'ulcération, de suintement et de croûtes; 4° période terminale ou de dessiccation. Nous avons insisté sur la marche de la dernière période et sur les différents modes de terminaison de la maladie. Nous avons insisté particulièrement sur l'eczéma chronique, sur les ulcérations dont il s'accompagne, et sur les dangers que ces ulcérations entraînent pour les malades en raison de l'excessive sécrétion qu'elles entretiennent. Mais cette description, telle que nous l'avons esquissée, ne se rapportait, en réalité, qu'à la forme simple, classique et en quelque sorte idéale de l'eczéma. Nous allons montrer aujourd'hui que cette affection est loin d'être toujours conforme au tableau que nous venons de tracer, mais qu'elle est, au contraire, susceptible de modifications aussi nombreuses que variées dans sa forme, dans sa gravité, dans sa configuration, dans ses lésions anatomiques et dans son siége. En d'autres termes, nous allons étudier les variétés qu'elle présente à considérer.

VARIÉTÉS DANS LA FORME.

Examinons d'abord les variétés dans la forme. L'*eczéma* peut se présenter à nous sous deux états différents : l'état *aigu* et l'état *chronique*. A l'état aigu, il peut affecter deux formes différentes. La première forme est caractérisée par une sécrétion abondante, profuse, quelquefois excessive, véritable catarrhe de la peau auquel la maladie doit son nom d'*eczéma fluent*.

La prédominance de ce phénomène de la sécrétion est telle parfois qu'elle rend le pronostic très-grave : elle peut même amener une telle déperdition vers la surface cutanée, dans certains cas où la maladie est généralisée, que les malades ne peuvent résister à l'épuisement qui en résulte et tombent dans un état de marasme qui annonce trop souvent une terminaison funeste. D'un autre côté, elle peut devenir le point de départ de métastases viscérales toujours très-dangereuses en raison de leur gravité et de la soudaineté de leur apparition. Le début de l'*eczéma fluent* est fréquemment marqué par des phénomènes généraux assez accentués : il y a du malaise, de la céphalalgie, de légers troubles gastriques. Les accidents locaux se déroulent dans l'ordre suivant : on observe d'abord une congestion érythémateuse sur une région plus ou moins étendue de la peau. Cette membrane prend un aspect lisse et poli et devient rouge, tuméfiée, brûlante et douloureuse. Bientôt elle se couvre de vésicules petites, transparentes, semblables à des grains de millet, remplies d'un liquide incolore ou légèrement jaunâtre. Au bout d'un temps très-court, quelques heures, une journée au plus, les vésicules se rompent et laissent échapper un liquide visqueux, qui forme une couche mince et brillante à la surface du derme. Mélangé aux débris épidermiques des vésicules, ce liquide se concrète et donne lieu à des croûtes humides, jaunâtres, minces et lamelleuses. Il n'est pas rare de voir succéder à cette première éruption une deuxième poussée semblable à la première. Dans cette recrudescence de la maladie, on voit renaître les mêmes vésicules, fournissant la même sécrétion morbide que celles qui les avaient précédées. A peine les

vésicules sont-elles ouvertes, qu'elles se flétrissent et disparaissent en laissant derrière elles, comme trace de leur existence, des ulcérations petites et superficielles, à la surface desquelles s'élabore et se perpétue une sécrétion analogue à celle des éléments qui leur avaient donné naissance.

Lorsque les poussées vésiculaires se succèdent et se suivent sans relâche, et lorsque, d'autre part, la maladie est généralisée, lorsqu'elle occupe d'emblée des surfaces très-étendues, l'abondance et la continuité de la sécrétion morbide peuvent devenir assez considérables pour amener un état d'épuisement qui peut finir par être mortel pour le malade. Nous devons faire remarquer toutefois qu'une terminaison aussi funeste est heureusement rare, et que le plus souvent la maladie aboutit à la guérison définitive, à moins qu'elle ne revête progressivement les caractères de la forme chronique, que nous étudierons tout à l'heure.

La deuxième forme d'eczéma aigu porte le nom d'*eczéma rubrum*. M. Bazin a considéré avec raison l'eczéma rubrum comme une affection *pseudo-exanthématique*. Les accidents prodromiques et les phénomènes généraux au début offrent ici un caractère d'acuïté qui ne se retrouve pas au même degré dans les autres formes. La céphalalgie est plus accusée, la fièvre plus intense, l'insomnie plus persistante, les troubles gastriques plus prononcés que dans l'eczéma *fluent*. La *période éruptive* est annoncée par l'apparition de taches rosées, d'une teinte vive, disséminées irrégulièrement sur le tronc, la poitrine, le dos, quelquefois aussi sur toute l'étendue des membres. De même que les *exanthèmes*, ces taches disparaissent par la pression du doigt

pour reparaître immédiatement après. On voit bientôt s'élever sur les taches rouges une multitude de vésicules transparentes, excessivement ténues, confluentes, remplies d'un liquide incolore ou légèrement jaunâtre. La gouttelette de liquide que contient chaque vésicule n'est point déversée au dehors; elle est résorbée sur place, et quand les vésicules se sont affaissées, leurs parois se détachent d'elles-mêmes sous forme d'une exfoliation furfuracée. La guérison peut être considérée comme achevée quand cette exfoliation est terminée.

La durée de l'*eczéma rubrum* est de quinze à vingt jours environ. La période de déclin est annoncée par la dégradation des teintes vives et rosées initiales, qui deviennent de plus en plus pâles jusqu'à leur effacement complet. Notons, comme symptômes subjectifs, des démangeaisons excessives qui se traduisent surtout sous forme de picotements, que les malades comparent à des milliers de pointes d'aiguilles qui s'enfonceraient dans leur peau. De là une agitation continuelle, un besoin irrésistible de se gratter, une insomnie persistante.

L'*eczéma chronique* se présente aussi sous deux formes différentes. Dans la première forme, ses caractères sont exclusivement ceux de la chronicité, sans aucune manifestation d'acuïté : ce sont des plaques squammeuses ou croûteuses, qui restent tout le temps de leur durée avec la même physionomie et dans le *statu quo* le plus complet. Dans la deuxième, au contraire, on voit des poussées aiguës, c'est-à-dire des poussées vésiculeuses, accompagnées de sécrétion, se former de temps à autre au milieu des surfaces chroniquement malades qu'elles ramènent ainsi à une sorte d'état aigu; en sorte que, dans ce cas, on trouve l'eczéma offrant à la fois les

caractères de l'acuïté et ceux de la chronicité. Nous n'insisterons pas davantage sur ces deux formes, qui ont pour attribut commun la ténacité dans la durée, et surtout la résistance vis-à-vis des moyens thérapeutiques.

VARIÉTÉS AU POINT DE VUE DE LA GRAVITÉ.

Si maintenant nous envisageons l'eczéma au point de vue de sa gravité, nous sommes obligé d'admettre encore des variétés : 1° l'eczéma simple, léger ou *bénin;* 2° l'*eczéma grave*. Comme type de la variété *bénigne* ou légère, nous citerons l'*eczéma simple*, affection toute locale, non symétrique, généralement peu étendue, le plus souvent due à l'action d'une cause directe, telle que le contact plus ou moins prolongé d'une substance irritante. L'*eczéma simple* ne s'accompagne d'aucune réaction générale ou locale. Sa durée est passagère, ses complications sont nulles. L'*eczéma grave*, au contraire, est caractérisé par l'intensité de la réaction générale qu'il détermine quelquefois, par l'étendue des régions qu'il envahit, par la symétrie de ses manifestations et par la longueur de sa durée. Il est remarquable encore par les troubles fonctionnels qu'il entraîne, lorsqu'il siége sur certains points de la surface cutanée, et par les modifications qu'il fait subir à la structure de la peau. Nous aurons, d'ailleurs, à revenir sur ces différentes formes lorsque nous étudierons le pronostic de la maladie.

VARIÉTÉS AU POINT DE VUE DE LA LÉSION ANATOMIQUE.

Lorsqu'on examine les caractères extérieurs des lésions anatomiques de l'eczéma, on est frappé de voir

quelles modifications ces caractères sont susceptibles de subir. S'il est vrai que la vésicule, par exemple, est, dans la grande majorité des cas, la lésion primitive de l'eczéma, il est vrai aussi que, dans certaines circonstances, elle peut faire défaut et être remplacée par une lésion de nature différente. Cette lésion est le plus souvent une vésico-pustule, c'est-à-dire un soulèvement épidermique rempli par une sérosité purulente.

La vésico-pustule suit à peu près la même marche que la vésicule : elle n'offre, comme elle, qu'une durée très-courte et, peu d'heures après sa naissance, elle se rompt pour donner passage à un liquide jaune, épais, visqueux, aux dépens duquel se formeront plus tard des croûtes minces, jaunes, lamelleuses, qui rappellent à la fois par leur minceur et leur coloration les croûtes de l'eczéma et celles de l'impétigo.

Ainsi prend naissance une affection mixte que nous désignerons, en raison de cette réunion de caractères multiples et appartenant à deux maladies différentes, sous le nom d'*eczéma impétigineux*.

La lésion primitive peut encore être modifiée par la présence sur le terrain où elle s'élève d'une lésion antérieurement développée. C'est ce que l'on observe dans l'*eczéma lichénoïde*, forme assez fréquente qui offre pour caractère principal de présenter sur un même terrain des lésions appartenant à deux affections différentes : la *papule*, lésion primitive du lichen, et la *vésicule*, lésion initiale de l'eczéma. Mais ce n'est pas seulement par sa lésion primitive, c'est aussi par ses lésions consécutives, par ses squames et par ses croûtes, que l'eczéma offre des caractères communs avec d'autres affections. Ainsi, dans l'*eczéma psoriasiforme*, les squames ne sont

plus minces, unifoliacées, lamelleuses, faciles à détacher, comme celles de l'eczéma simple. Elles sont, au contraire, épaisses, opaques, jaunâtres, stratifiées, adhérentes, comme celles du psoriasis; et sont formées à la fois de l'élément épidermique et d'un élément humide concrété.

NEUVIÈME LEÇON

Eczéma (*suite*).

VARIÉTÉS AU POINT DE VUE DE LA CONFIGURATION.

L'eczéma nous offre encore à considérer plusieurs variétés d'après sa configuration. Tantôt il est *généralisé* et disposé *symétriquement* de chaque côté du corps, suivant des lignes et des surfaces parfaitement semblables d'un côté à l'autre ; tantôt il est *circonscrit* et formé de plaques isolées, disséminées sans ordre apparent, quelquefois groupées autour des régions articulaires. L'existence de cette dernière forme se rattacherait le plus souvent, d'après M. Bazin, à une origine arthritique.

L'*eczéma nummulaire* est caractérisé par des plaques arrondies qui rappellent la forme d'une pièce de monnaie. Il devient l'*eczéma sparsum* lorsque les plaques sont réparties et disséminées sur des surfaces plus ou moins vastes et en nombre plus ou moins considérable. Ces deux formes ont, en général, une durée très-longue et laissent très-peu de place à l'action des moyens thérapeutiques.

L'*eczéma orbiculaire* emprunte sa forme particulière à la disposition des parties sur lesquelles il siége

de préférence. C'est au pourtour des orifices naturels, de la bouche, de l'anus, qu'on le rencontre le plus souvent. Il est caractérisé par l'existence de fissures multiples et rayonnées qui forment comme une sorte d'auréole autour de ces orifices.

L'*eczéma centrifuge* ou *serpigineux* présente des bords sinueux, irréguliers dans leur contour et leur direction ; ses lésions suivent une marche périphérique envahissante et s'accroissent par la circonférence, tandis que les parties centrales primitivement atteintes se guérissent et reviennent à l'état normal. M. Bazin considère aussi l'eczéma centrifuge comme une manifestation de la diathèse arthritique. C'est à la face palmaire des mains et à la face plantaire des pieds que cette variété se rencontre le plus souvent. Plus que tout autre, elle s'accompagne de fissures, de rhagades et de fendillements de l'épiderme.

VARIÉTÉS D'APRÈS LE SIÉGE.

Considérons maintenant l'eczéma au point de vue de ses variétés de siége. Nous rappellerons d'abord que, comme toutes les maladies cutanées à sécrétion humide, l'eczéma affecte une prédilection particulière pour les régions où la peau offre le plus de finesse et d'humidité naturelle.

L'eczéma a, en effet, comme le psoriasis, des lieux d'élection où il siége de préférence et où l'on est toujours sûr de le trouver. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il se généralise et qu'il envahit indistinctement tous les points de la surface cutanée. Étudions-le dans les différentes régions qu'il peut occuper.

Lorsqu'il siége sur le cuir chevelu et d'une façon générale sur les parties recouvertes de poils, il prend le nom d'*eczéma pilare*. Cette variété présente des particularités qui sont en rapport avec la nature du terrain où elle se développe.

Dans l'*eczéma pilare*, en effet, la sécrétion morbide ne peut se déverser et s'étaler librement à la surface des parties malades. Elle se trouve, au contraire, retenue et comme emprisonnée par les cheveux et les poils, qui constituent une sorte de feutrage dont le contact est irritant pour les parties excoriées et suintantes. De ces diverses conditions il résulte une intensité habituellement très-vive dans la maladie et une fétidité repoussante, causée par la rétention des produits exhalés, sous la trame inextricable que les cheveux et les poils opposent à leur issue, et quelquefois la production de très-nombreux parasites que l'on voit pulluler dans l'épaisseur de la chevelure. D'autre part, celle-ci empêche l'application des moyens topiques nécessaires pour la guérison des parties malades. Aussi l'eczéma, dans toutes ces régions, est-il en général persistant et tenace.

L'*eczéma des oreilles* est grave en raison des désordres qu'il peut déterminer du côté de l'organe de l'ouïe, et de la surdité qui peut en être la conséquence. Dans certains cas, en effet, il peut dépasser ses limites ordinaires, et, abandonnant les parties externes, pénétrer dans le conduit auditif et envahir jusqu'à l'oreille moyenne. Il résulte de cette complication un affaiblissement notable du sens de l'ouïe et quelquefois même une surdité complète. On observe également des troubles fonctionnels marqués dans l'eczéma du pourtour de la bouche. Ces troubles sont la conséquence des alté-

rations que l'inflammation eczémateuse fait subir aux tissus qu'elle envahit. Ils sont en rapport avec l'épaississement, avec l'induration, avec la perte de l'élasticité et de la souplesse naturelles du derme. Nous nous expliquons ainsi la formation de ces fissures et de ces rhagades si douloureuses et si gênantes au point de vue des mouvements de l'orifice buccal. Dans certains cas même, la maladie peut envahir la cavité buccale et déterminer sur la muqueuse qui la revêt de véritables ulcérations.

L'*eczéma des paupières* offre une gravité qui est en rapport avec l'obstacle apporté au fonctionnement de ces voiles si nécessaires à l'intégrité du globe oculaire. Il s'accompagne de blépharite et de conjonctivité, et aboutit souvent à l'induration et à la rétraction du tissu des paupières. De là résultent des entropions et des ectropions très-difficiles à guérir.

L'*eczéma des seins* est une des variétés qu'il nous importe le plus de connaître, parce que c'est une de celles qui se rencontrent le plus souvent dans la pratique. Il reconnaît quelquefois pour cause le contact irritant des lèvres de l'enfant pendant l'allaitement. Il s'accompagne alors très-souvent de phlegmons et d'abcès qui rendent impossible l'allaitement et forcent la nourrice à priver le nouveau-né d'une source précieuse d'alimentation.

L'*eczéma des seins* est une des plus fréquentes complications de la gale. Il coexiste ordinairement alors avec des lésions semblables, qui se développent au niveau des poignets et des espaces interdigitaux.

L'*eczéma du nombril* se présente sous forme de plaques rouges et humides très-semblables, au premier aspect, à des plaques muqueuses.

Dans l'*eczéma intertrigo*, il existe une condition parti-

culière au développement de la maladie : c'est l'adossement des surfaces cutanées à elles-mêmes et le frottement qui en résulte. Il y a dans cette disposition une cause permanente d'irritation, et c'est là ce qui nous explique la fréquence de l'eczéma en certains lieux d'élection : chez les jeunes enfants, à la face postérieure des oreilles et à la partie postérieure et antérieure du cou; chez les personnes pourvues d'embonpoint, au pli inguinal, au périnée, dans la rainure interfessière. L'*eczéma intertrigo* présente une certaine gravité lorsqu'il siége sur les parties génitales : *à la vulve*, il détermine des ulcérations et fait naître des écoulements qui peuvent en imposer pour des flux blennorragiques. Il provoque des démangeaisons insupportables et peut même devenir, par l'effet de l'irritation qu'il entretient, une puissante cause d'onanisme; *sur la verge*, il forme comme une carapace douloureusement et difficilement extensible, et apporte ainsi un obstacle plus ou moins complet à l'accomplissement de l'acte du coït.

Nous donnerons encore une mention particulière à l'*eczéma de l'aisselle*, parce que cette variété se complique souvent de phlegmons qui suppurent et qui nécessitent par là l'intervention des moyens chirurgicaux.

Nous devons encore envisager l'eczéma à la face *dorsale* et à la face *palmaire* des mains. L'eczéma de la face dorsale est désigné généralement sous le nom d'*eczéma manuale*. Il se distingue par son excessive fréquence et se présente sous l'influence de trois causes essentiellement différentes :

1° Il est le résultat de contacts irritants, de travaux pénibles, de frottements prolongés avec des substances

solides ou liquides à température basse ou élevée, auxquelles la sensibilité de la peau n'a pu s'habituer. C'est la forme connue généralement sous le nom de *gale des épiciers ;* on la trouve en effet très-souvent chez des gens adonnés à cette profession. On la trouve aussi chez les chauffeurs, chez les cuisiniers, chez les forgerons, chez les teinturiers, chez tous ceux, en un mot, dont les mains sont exposées à une action irritante quelconque.

2° L'*eczéma manuale* est encore *parasitaire*, c'est-à-dire qu'il existe comme complication de la gale et sous l'influence de l'inflammation déterminée sur la peau par l'existence des acares.

3° Enfin l'*eczéma manuale* est *herpétique*, et, dans ce cas, il est beaucoup plus tenace et beaucoup plus rebelle au traitement. Cela est vrai surtout lorsqu'il siége sur les parties latérales des doigts, car alors sa durée est prolongée par les frottements que ces parties exercent les unes sur les autres et par l'irritation continuelle qui en résulte.

L'*eczéma palmaire* doit être rapproché de l'*eczéma plantaire*. Ces deux formes offrent, en effet, un certain nombre de caractères communs. Dans chacune d'elles, la lésion primitive présente le même aspect, la même marche, les mêmes dimensions, c'est-à-dire qu'elle est beaucoup plus volumineuse que la lésion ordinaire de l'eczéma, et qu'elle suit une marche beaucoup plus longue. Nous dirons, en d'autres termes, que dans ces deux variétés de l'eczéma la lésion élémentaire n'est point représentée par une *vésicule*, comme dans les formes habituelles de la maladie, mais qu'elle est constituée par des

bulles, c'est-à-dire par des sortes de soulèvements séreux de l'épiderme, qui donnent à la lésion cutanée une certaine ressemblance avec le *pemphigus*. Cette forme particulière de la lésion primitive s'explique par la disposition du feuillet épidermique qui revêt la face palmaire des mains et la face plantaire des pieds. L'épaisseur de ce feuillet, son adhérence, son inextensibilité, constituent, en effet, autant d'obstacles qui s'opposent à l'expansion de la vésicule et l'empêchent de se faire jour librement au dehors. Gênée dans son développement, la vésicule est forcée de s'étaler sous l'épiderme qui la bride, et se réunit finalement aux vésicules voisines, en donnant lieu à ces larges phlyctènes qui offrent tant d'analogie avec les bulles du pemphigus. Ces phlyctènes mettent un temps assez long pour se former; à un moment donné, elles s'ouvrent et laissent échapper leur contenu, puis disparaissent en laissant derrière elles des fissures profondes et douloureuses. C'est dans cette variété d'eczéma que l'on observe cette desquamation par plaques larges et épaisses, semblables aux plaques de la desquamation scarlatineuse.

Nous mentionnerons encore, avant de terminer, l'*eczéma des ongles*. Nous avions vu déjà le psoriasis s'attaquer à l'ongle et déterminer, par les altérations dont il s'accompagne, la chute de cet organe.

Nous voyons, de même, l'*eczéma onguéal* entraîner la perte de l'ongle, mais par un procédé inverse de celui qui appartient au psoriasis. Ce n'est point, en effet, par l'*extrémité libre*, c'est-à-dire par les parties inertes de l'organe, par l'ongle lui-même, que débute l'affection : dans l'eczéma, les lésions marchent des parties vivantes aux parties inertes, de la matrice et du

feuillet dermique qui l'enveloppe à l'extrémité adhérente de l'ongle. La matrice, devenue eczémateuse, est épaissie, et forme une sorte de bourrelet qui soulève l'ongle et le fait basculer d'avant en arrière. De même que, dans le psoriasis onguéal, dans l'eczéma onguéal on observe une ulcération profonde de l'organe, qui, privé de ses moyens d'attache et de nutrition, finit par se luxer et par tomber complétement. Telles sont les variétés que l'eczéma nous présente à considérer d'après le siége qu'il peut occuper.

Cette nomenclature si longue serait incomplète, toutefois, si nous n'accordions une mention spéciale à l'*eczéma des membres inférieurs*. De toutes les variétés que nous venons de passer en revue, il n'en est aucune qui soit plus fréquente et qui emprunte à son siége plus de gravité que celle-ci. Nous avons décrit ailleurs cet amincissement de la peau, cet aspect luisant et comme vernissé, cette tendance aux congestions passives et aux ulcérations qui s'observent sur les membres inférieurs atteints d'*eczéma chronique*. Nous allons maintenant entrer dans une autre phase de l'étude de la maladie qui fait le sujet de ces leçons.

DIXIÈME LEÇON

Eczéma (*suite*).

Dans nos dernières conférences, nous avons commencé l'étude de l'eczéma. Dans une première partie, nous avons examiné cette affection sous sa forme la plus simple et la plus commune, sous son aspect le plus habituel et le plus vulgaire. Entrant ensuite plus avant dans notre sujet, nous avons passé en revue les différentes variétés qu'elle présente à considérer : variétés d'après la lésion anatomique, variétés d'après la configuration, d'après la gravité, d'après le siége, etc., etc. Il nous reste encore beaucoup à dire pour achever l'histoire d'une affection que son importance et sa fréquence placent en tête de la dermatologie. Aujourd'hui nous allons traiter successivement des complications des symptômes, de la durée de l'eczéma : et lorsque nous aurons successivement traité ces différents points, nous terminerons cette étude par des considérations relatives à l'étiologie, à la nature, au diagnostic et au traitement.

Complications.— Les complications qui peuvent survenir dans le cours de l'eczéma sont de deux sortes. Les unes sont *externes*, superficielles, purement locales. Les

autres sont *internes*, profondes ou éloignées. Cette distinction est importante et nous vous prions d'y accorder grande attention, car elle repose sur des faits qui se rencontrent à chaque instant dans la pratique.

Les complications *externes* sont, comme leur nom l'indique, des complications locales extérieures, dont l'existence est en rapport avec la marche des lésions cutanées, avec leur durée, avec leur intensité, avec leur étendue. Le développement de ces complications est associé surtout d'une manière étroite à la période d'inflammation qui existe au début de toute manifestation eczémateuse. Suivant que cette inflammation sera plus ou moins intense, plus ou moins étendue, plus ou moins tenace, suivant qu'elle restera limitée aux couches superficielles de la peau ou qu'elle envahira les couches profondes, on verra apparaître tel ou tel genre d'accidents cutanés. Dans l'eczéma idiopathique *simple*, par exemple, elle est toujours modérée, subaiguë, passagère, et pendant sa courte durée elle reste limitée à la partie la plus superficielle de l'enveloppe cutanée. Mais dans certaines circonstances le caractère phlegmasique de la maladie s'accuse davantage. L'élément inflammatoire semble prédominer et imprimer dès le début à la maladie une forme spéciale. La lésion élémentaire n'est plus une *vésicule*, c'est-à-dire un soulèvement épidermique formé par un liquide citrin et transparent, mais elle prend le caractère d'une vésico-pustule, c'est-à-dire d'une vésicule qui a perdu sa limpidité et sa transparence, et qui présente la forme et la teinte jaune d'une vésico-pustule. On se trouve alors en présence d'une sorte d'affection mixte, bâtarde, qui tient à la fois des caractères de l'eczéma et de ceux de l'impétigo et à laquelle convient, en

raison de cette situation intermédiaire, le nom d'*eczéma impétigineux*.

Un deuxième ordre de complications locales s'observe également dans la période aiguë de l'eczéma, lorsque l'inflammation qui marque cette période s'étend au delà de ses limites ordinaires et se propage dans les tissus qui avoisinent son point de départ, soit en surface, soit en profondeur. Dans le premier cas, ce sont des érysipèles, des lymphangites qui apparaissent autour de la région atteinte et dans une étendue quelquefois très-grande au milieu du cortége de leurs symptômes habituels. Dans le second cas, ce sont des phlegmons, des abcès plus ou moins vastes, qui naissent sous l'influence de l'irritation cutanée; les phlegmons, les abcès se rencontrent le plus souvent dans les régions où la peau fine, mince et doublée d'un tissu conjonctif abondant et lamelleux présente, réunies à un haut degré, les conditions qui favorisent la suppuration, ainsi par exemple dans l'aisselle.

Érysipèles, phlegmons, lymphangites, telles sont les complications *externes* les plus fréquentes de l'eczéma. Mais les complications les plus importantes à connaître, celles qui méritent d'attirer toute l'attention du médecin en raison de leur fréquence, de leur caractère insidieux, de leur redoutable gravité, ce sont celles que nous avons désignées sous le nom de complications *internes* ou *éloignées*. Aucun des appareils splanchniques n'en est à l'abri. Elles peuvent atteindre le cerveau, l'appareil respiratoire, l'appareil digestif. Du côté du cerveau, c'est principalement sous forme de méningite, d'hémorragie, d'encéphalite, qu'elles se manifestent; du côté des poumons, sous forme de congestion, de

catarrhe suffocant, de pneumonie. Vers l'appareil digestif, elles empruntent la forme de symptômes variés : dyspepsie, diarrhée, vomissements. Ces diverses métastases, si différentes en apparence, reconnaissent au fond une origine commune, la suppression d'un flux morbide devenu nécessaire à l'économie.

Disons toutefois que les rétrocessions viscérales de l'eczéma ne sont pas toujours aussi graves ni aussi meurtrières que celles que nous venons d'énumérer. Le catarrhe suffocant, la pneumonie sont heureusement des exceptions. Et c'est ordinairement sous forme d'affections plus curables ou plus lentes dans leur marche : asthme, bronchite chronique, que se manifestent les rétrocessions eczémateuses. Quelquefois, cependant, la tuberculose pulmonaire et le cancer paraissent en être la conséquence. Ces faits si intéressants trouvent leur explication dans la loi de balancement qui règle les rapports réciproques des muqueuses et de la peau, et dans la solidarité physiologique qui relie entre elles ces deux sortes de membranes.

Durée. — La durée de l'eczéma ne saurait être déterminée d'une façon rigoureuse et précise, si l'on n'envisage cette affection que d'un point de vue général. Il faut tenir compte, en effet, de la variété et de la multiplicité des formes qu'elle est susceptible de revêtir. L'eczéma *simple idiopathique* dure d'un à deux septenaires; l'eczéma *rubrum*, de quinze à vingt jours. L'eczéma *fluent* présente une durée plus longue et qui varie d'ailleurs avec la forme de la maladie. Lorsque celle-ci est simple, localisée, lorsqu'elle suit son cours sans complication, on peut espérer la guérison au bout de

vingt à trente jours; mais lorsqu'elle est généralisée et accompagnée de phénomènes généraux en rapport avec sa gravité et son étendue, et surtout lorsqu'elle est marquée par une hypersécrétion morbide abondante, continue, excessive, qui se renouvelle sans cesse sans paraître s'épuiser, sa durée est alors très-longue et déjoue tous les pronostics. Cette prédominance du phénomène de l'hypersécrétion cutanée imprime, du reste, une gravité particulière à la maladie. La mort en est quelquefois le résultat, comme le prouve l'exemple d'un malade observé récemment dans notre service. Le malade auquel nous faisons allusion était entré dans nos salles pour un eczéma fluent généralisé, dont il subissait la première atteinte. La sécrétion morbide cutanée était tellement abondante chez ce malade, qu'elle amena en peu de temps un état d'épuisement extrême. Ni l'emploi des moyens toniques et reconstituants, ni le secours d'une alimentation généreuse ne purent triompher de cet épuisement, qui devait aboutir à la mort. Vous voyez par cet exemple quelles réserves il convient d'apporter dans son jugement, soit au point de vue de la durée de l'eczéma fluent, soit au point de vue de son pronostic.

Il faut tenir compte également, lorsqu'on envisage la durée ou la terminaison probable de la maladie, de la possibilité de ces métastases viscérales que nous avons signalées au chapitre des complications, métastases éloignées, mais toujours graves et dignes par conséquent d'occuper l'attention et la vigilance du médecin. Il faut tenir compte enfin des modifications que l'eczéma chronique amène dans la structure des tissus et des altérations qu'il laisse derrière lui. Nous avons

décrit précédemment ces altérations; nous avons insisté sur l'amincissement, sur l'aspect luisant et comme vernissé de la peau, sur la perte de l'élasticité et de la souplesse naturelles à cette membrane tégumentaire. Si nous croyons devoir revenir sur ce sujet, c'est pour vous en faire saisir toute l'importance et pour vous pénétrer de l'utilité qu'il y a pour vous à connaître ces différents modes de terminaison de l'eczéma.

Symptômes. — Les symptômes de l'eczéma varient avec la maladie, avec son intensité, avec son étendue, avec son siége. L'étymologie du mot eczéma (ἐκζεῖν, bouillonner, brûler) se rattache à cette sensation de brûlure, de chaleur, de cuisson, qui représente un de ses symptômes principaux et caractéristiques. C'est dans la période de début, au moment de l'apparition de l'éruption, que cette sensation est le plus marquée. Son intensité croît d'ailleurs avec l'acuïté inflammatoire de la maladie; aussi est-elle plus prononcée dans certaines formes, dans l'*eczéma rubrum*, par exemple, et d'une façon générale dans toutes celles qui présentent une période aiguë très-accentuée. Il est rare que ce symptôme persiste au delà de la première période. Il est alors remplacé par cette sensation de démangeaison et de prurit qui constitue un véritable tourment pour les malades et qui les porte à des grattages et à des manœuvres funestes. La période aiguë de l'eczéma s'accompagne quelquefois de fièvre, fièvre légère et insignifiante dans la plupart des cas, et qui n'acquiert une certaine intensité que dans une forme assez rare, désignée sous le nom d'*eczéma rubrum*. L'eczéma s'accompagne aussi dans certaines circonstances de troubles

fonctionnels divers, et dont la nature varie avec l'étendue, la durée et particulièrement le siége des lésions cutanées. Nous ne pouvons les passer en revue ici, ce serait répéter ce que nous avons exposé déjà dans une autre partie de cette étude, lorsque nous avons décrit l'eczéma des paupières, de la bouche, des seins, des organes génitaux, etc., etc. Nous n'insisterons pas non plus sur les symptômes *locaux*, dont l'histoire se confond en partie avec celle de la marche et de l'évolution des lésions cutanées. Il serait difficile d'ailleurs de faire rentrer tous ces symptômes dans une description commune, chaque variété d'eczéma possédant une allure et une physionomie qui lui sont propres.

ONZIÈME LEÇON

Eczéma (*suite*).

Nature de l'eczéma. — Nous touchons maintenant à une question délicate et pleine de difficultés, celle de la nature de l'eczéma. Les divergences de doctrines qui séparent à ce sujet les dermatologistes ne sont pas faites pour rassurer beaucoup ceux qui tiennent à avoir sur ce point des données précises. Un certain nombre d'auteurs, à la tête desquels se place M. Hardy, considèrent l'eczéma comme étant toujours et dans tous les cas l'expression de la diathèse *herpétique*. Les causes dites locales ou occasionnelles exercent bien une influence vis-à-vis du développement de cette affection, mais une influence purement accidentelle. Elles servent, si l'on veut, de prétexte au développement de l'eczéma, mais elles ne sauraient, à elles seules et sans l'intervention du principe dartreux, en déterminer l'apparition. Tout autre est l'opinion de M. Bazin et de ses élèves au sujet de l'étiologie de l'eczéma. Cette affection peut se développer dans des conditions multiples et très-différentes qui peuvent se ramener à deux chefs principaux : 1° état *idiopathique ;* 2° état *symptomatique*.

L'eczéma *idiopathique* est celui qui se rattache à une cause locale, directe, dont l'action est naturellement limitée. Cette cause réside le plus ordinairement dans le contact plus ou moins prolongé de substances irritantes. Tel est l'eczéma des professions manuelles et particulièrement celui que l'on a désigné sous le nom assez impropre de *gale des épiciers*.

L'eczéma symptomatique peut être *parasitaire* ou *diathésique*. L'origine parasitaire ne saurait être contestée en présence des faits que nous apporte chaque jour l'observation clinique. L'eczéma se montre comme une des complications habituelles des différentes affections qui reconnaissent pour cause la présence d'un élément parasitaire, soit de parasites animaux, gale, maladie pédiculaire, soit de parasites végétaux, favus, tricophytie, sycosis. Quant à ce qui concerne l'influence des diathèses sur le développement de l'eczéma, il faut convenir que M. Bazin et ses élèves en ont élargi le champ dans la plus vaste proportion. Bien loin de monopoliser l'influence diathésique au profit de l'herpétisme, ces auteurs s'accordent à considérer les autres vices constitutionnels, la *scrofule*, l'*arthritis*, comme susceptibles d'engendrer des manifestations eczémateuses.

Quant à nous, nons admettons un eczéma *idiopathique* ou de cause externe, sans diathèse herpétique; et un eczéma symptomatique de l'herpétis et des parasites végétaux et animaux, mais nous n'admettons pas un eczéma *scrofuleux;* nous ne reconnaissons pas l'eczéma comme étant une des manifestations de la scrofule.

Diagnostic. — Avant d'aborder la question du diagnostic, nous rappellerons en principe que, pour arriver

à la connaissance d'une affection cutanée, il est nécessaire de déterminer sa nature et le genre auquel elle appartient. Pour arriver à acquérir cette double notion, fondement indispensable d'un diagnostic rationnel, il faut s'appuyer sur les caractères que présentent les lésions cutanées. Et lorsqu'on a passé en revue l'ensemble de ces caractères, nécessaires pour la *détermination* du genre, il faut chercher encore à éviter les causes d'erreur qui peuvent résulter de la ressemblance que présente l'affection que l'on a sous les yeux avec d'autres affections similaires.

Or les caractères qui peuvent servir à distinguer l'eczéma, soit dans sa première période, soit dans les périodes ultérieures, se retrouvent, assez incomplétement, il est vrai, dans quelques autres affections, parmi lesquelles nous citerons la *miliaire*, l'*herpès*, l'*impétigo*.

La *miliaire* est une affection assez rare, qui survient à la suite d'états morbides divers, et qui débute par des vésicules petites, arrondies, transparentes, d'une durée de un à trois jours, se flétrissant et se desséchant sans laisser après elles aucune sécrétion ni aucune ulcération.

L'*herpès* est une affection aiguë, presque toujours consécutive à un état fébrile, et dans laquelle on trouve des vésicules larges, aplaties, réunies en groupes, élevées sur un fond rouge, transparentes, plus volumineuses que celles de l'eczéma et d'une durée beaucoup plus longue, ne laissant après elles qu'une croûte jaunâtre ou noirâtre, au-dessous de laquelle ne se produit aucune sécrétion.

On distinguera également l'eczéma de l'*impétigo* par les caractères qui différencient les lésions primitives de ces deux affections.

Le diagnostic pourra néanmoins éprouver quelques difficultés lorsqu'on se trouvera en présence d'une de ces formes mixtes qui présentent, associés et confondus, les caractères de l'eczéma et de l'impétigo, et que l'on a désignées pour cette raison sous le nom d'*eczéma impétigineux*. Une certaine ressemblance entre les lésions de la troisième période de l'eczéma, période d'ulcération et de croûtes, et celles de la période correspondante de l'impétigo, deviendra également, dans certains cas, une cause d'erreur et de difficulté pour le diagnostic. Mais la présence d'une sécrétion jaunâtre, luisante, phlegmoneuse à la surface du derme, s'il s'agit d'un impétigo, et, d'autre part, l'épaisseur, la forme anguleuse, la couleur qui caractérisent les croûtes, suffiront pour distinguer cette affection de l'eczéma. Il ressort donc de cette étude comparative que, dans la détermination du genre de la maladie, on devra s'appuyer principalement sur les caractères dés lésions cutanées, la connaissance exacte de ces caractères étant seule en mesure de fournir les éléments d'un diagnostic certain.

Diagnostic de la nature. — Après avoir établi le diagnostic du *genre*, si l'on cherche à établir à son tour le diagnostic de la *nature* d'une affection cutanée, on voit qu'ici encore il est nécessaire de s'appuyer sur l'étude minutieuse des caractères propres à cette affection. Il faut tenir compte de son étendue, de sa configuration, de sa forme, de son siége, de ses symptômes, de sa durée. L'eczéma est-il *idiopathique*, simple, produit par l'action directe et limitée d'une cause toute locale, telle que le contact plus ou moins prolongé d'une substance irritante, alors les lésions seront si bien délimitées, elles

représenteront si bien, par leur étendue et leur configuration, le champ d'action de la cause qui leur a donné naissance, qu'il sera impossible de méconnaître leur origine et de leur assigner une paternité autre que celle qui leur appartient. Il en sera ainsi dans la plupart des eczémas professionnels et en particulier dans cette variété que l'on a désignée sous le nom de *gale des épiciers*. Localisation, défaut de symétrie, absence de généralisation, curabilité facile, tels sont, en effet, les caractères de l'eczéma *idiopathique*.

L'eczéma *symptomatique* se distinguera du précédent par la variété et la complexité des caractères qui lui sont propres, variété et complexité dont la raison d'être réside dans la diversité des causes qui peuvent amener son développement. L'eczéma *parasitaire*, par exemple, se distinguera facilement de l'eczéma de nature *herpétique*.

L'origine parasitaire se reconnaîtra au siége de la maladie, à son mode de distribution, à sa coexistence avec d'autres lésions cutanées. Ainsi, dans l'eczéma symptomatique de la présence des *acares*, les vésicules, loin d'être distribuées au hasard, seront réparties au contraire en certains lieux d'élection, dans les espaces interdigitaux, au pli du poignet, à la paroi antérieure de l'abdomen ou sur les organes génitaux. De plus, elles seront mélangées à des lésions appartenant à des genres différents, à des papules de prurigo, à des pustules d'ecthyma.

L'eczéma *pédiculaire* se montrera dans les régions qui sont le siége préféré du parasite, c'est-à-dire dans les parties pourvues d'appendice pileux, sur le cuir chevelu, sur le triangle sus-pubien. S'agit-il de parasites

végétaux, favus, tricophytie, mentagre, on verra également survenir l'eczéma, comme manifestation directe de l'influence irritante exercée par ces parasites, ou comme complication fâcheuse d'affections développées antérieurement sous cette même influence.

L'origine *diathésique* s'affirmera par l'ensemble des caractères qui relèvent de tel ou tel principe diathésique. Ainsi on reconnaîtra l'eczéma d'origine *dartreuse* à son étendue, à sa généralisation, à sa symétrie souvent parfaite, à la longueur de sa durée, à la fréquence de ses récidives, à la vivacité et à la persistance des démangeaisons dont il s'accompagne, à la résistance qu'il présente vis-à-vis de l'action des moyens thérapeutiques.

L'eczéma *scrofuleux* se distinguera par sa prédilection marquée pour le jeune âge, par son siége habituel à la face et au cuir chevelu, par son indolence, par l'abondance de la sécrétion dont il s'accompagne, par l'engorgement des ganglions correspondants et par la coexistence d'autres manifestations scrofuleuses.

Enfin l'eczéma *arthritique* se reconnaîtra à sa localisation, à sa prédilection pour la forme *nummulaire*, à sa coloration foncée, à l'absence de démangeaisons, à la fréquence de ses récidives.

Nous n'insisterons pas sur l'eczéma scrofuleux et sur l'eczéma arthritique, dont les caractères ne sont pas assez tranchés à nos yeux pour déterminer notre conviction. Mais nous insisterons particulièrement sur l'eczéma herpétique, qui est, de toutes les formes de l'eczéma, celle dont les caractères sont les plus décisifs et les mieux tranchés.

DOUZIÈME LEÇON

Eczéma (*suite et fin*).

Pronostic. — Il est difficile d'établir des règles générales vis-à-vis du *pronostic* de l'eczéma. La gravité de cette affection est subordonnée, en effet, à une foule de circonstances : elle varie avec la forme de la maladie, avec son siége, avec sa nature. Ainsi l'eczéma simple, idiopathique, est une affection essentiellement bénigne et passagère, tandis que l'eczéma herpétique est souvent désespérant par sa ténacité, par la lenteur de sa marche, par sa tendance à la généralisation, par la fréquence de ses récidives. De même, l'*eczéma rubrum* constitue habituellement une affection sans gravité, malgré l'intensité de la réaction générale qu'il détermine quelquefois, tandis que l'*eczéma fluens*, en raison de l'étendue qu'il est susceptible d'acquérir et de l'épuisement dans lequel il jette les malades, comporte généralement un pronostic sérieux.

Dans certains cas, la gravité de la maladie dépend du siége qu'elle occupe. Tel est l'eczéma des parties génitales chez la femme, affection qui devient souvent la source d'inconvénients sérieux par suite des écoule-

ments abondants qu'elle provoque, des démangeaisons persistantes et parfois si pénibles dont elle s'accompagne, et des habitudes d'onanisme dont elle devient trop fréquemment le point de départ.

Nous citerons encore l'*eczéma des membres inférieurs* comme une affection sérieuse et particulièrement digne d'attirer l'attention du médecin. Il n'est pas rare, en effet, de voir cette variété d'eczéma rester rebelle à tous les traitements et s'éterniser à la place qu'elle a choisie. Il n'est pas rare non plus de la voir s'accompagner d'ulcères tenaces et à tendances manifestement envahissantes. Enfin il faut tenir compte des altérations qu'elle amène dans la structure de la peau et de la prédisposition fâcheuse qu'elle crée de la sorte pour des récidives ultérieures. On voit, par cet exposé, combien sont nombreuses et diverses les circonstances qui peuvent faire varier le pronostic de l'eczéma.

Traitement. — Nous arrivons maintenant à une question délicate et complexe, celle du traitement de l'eczéma. Question délicate, en effet, car elle suppose la connaissance exacte et complète de la maladie, de ses causes, de sa nature. Cette notion de la maladie s'impose comme une nécessité, car elle seule permet de bien saisir les indications et d'en tirer le parti qu'il convient. Or ces indications sont de deux sortes : les unes s'adressent à l'état local, à la lésion cutanée elle-même ; les autres s'adressent au principe diathésique, à la cause interne dont cette lésion peut être la manifestation extérieure.

De là une double série de moyens, dont les uns doivent être dirigés contre l'état local, les autres contre la

disposition morbide qui entretient la maladie. Les moyens locaux conviennent surtout dans la première période de l'eczéma, lorsque cette affection est dans sa phase d'éruption et qu'il existe des phénomènes franchement inflammatoires. La médication *antiphlogistique* reçoit alors une indication formelle, à l'exclusion de toutes les autres. Cette médication consistera surtout en applications émollientes, compresses tièdes, cataplasmes de fécule.

Ce dernier moyen rend de si grands services qu'il est devenu d'un usage courant à l'hôpital Saint-Louis. Mais il faut en continuer l'usage avec persévérance, lorsqu'on veut en retirer les résultats que l'on est en droit d'en attendre. De plus, il faut avoir soin de faire subir à la fécule une cuisson suffisante pour qu'elle forme une pâte homogène et facile à manier. Mais les cataplasmes sont d'un emploi difficile, impossible même, lorsque l'eczéma est généralisé, à cause de cette étendue même et de la conformation de certaines régions. On peut alors leur substituer avec avantage l'enveloppement par le caoutchouc vulcanisé, moyen excellent et dont je ne saurais trop vous recommander l'application.

L'enveloppement a pour but de soustraire les parties malades au contact de l'air et de les entourer d'une atmosphère toujours humide et d'une température à peu près constante. Ce but est réalisé complétement grâce à l'imperméabilité de l'enveloppe qui condense à sa face interne les produits de la perspiration cutanée et constitue ainsi une sorte de bain permanent très-favorable à la guérison. L'application de cet appareil ne devra durer que vingt-quatre heures. Après ce laps de temps, on le remplacera par un autre appareil semblable, sec,

dont on ne réitérera l'application qu'après lui avoir fait subir un lavage suffisant. Nous recommanderons également comme très-efficace l'usage des bains : bains simples, bains amidonnés.

Dans la période d'ulcération, de suintement et de croûtes, on saupoudrera les parties malades avec des poudres inertes, poudre d'amidon, de lycopode, de vieux bois, etc., etc. Nous avons passé sous silence, à dessein, une foule de médicaments et d'agents pharmaceutiques qui ont été employés tour à tour dans la thérapeutique de l'eczéma. Toutes ces inventions sont le produit de l'empirisme, aussi doivent-elles être écartées formellement de notre thérapeutique.

Nous rejeterons particulièrement, de la manière la plus absolue, l'emploi des pommades, des onguents, et généralement de toutes les substances qui sont susceptibles de subir la fermentation acide au contact de l'air. L'application de ces substances devenant irritante peut amener des résultats déplorables, dans une affection qui relève avant tout de la médication antiphlogistique.

Mais quelque rationnels que soient les moyens qui sont dirigés contre l'état local, ces moyens ne sauraient assurer la guérison de la maladie, s'ils n'étaient secondés par la médication *interne*, destinée tantôt à combattre un état défavorable des voies digestives, tantôt à combattre le vice diathésique qui entretient l'affection cutanée. Ainsi, lorsqu'on observe les symptômes d'un état saburral de l'appareil digestif, lorsqu'il y a de l'anorexie, de la constipation, lorsque la langue est chargée et bilieuse, il est indiqué alors de recourir à l'usage des dérivatifs intestinaux et notamment des médicaments purgatifs. Les purgatifs devront même être administrés

en dehors de l'état saburral, lorsqu'on voudra provoquer une dérivation plus ou moins énergique et durable sur le tube intestinal et diminuer ainsi l'état phlegmasique de la peau. Si la maladie s'accompagne d'une sécrétion morbide excessive, on cherchera par tous les moyens à combattre l'épuisement qui en sera la suite. On prescrira une alimentation réparatrice, des vins généreux de Bordeaux, du quinquina. S'il s'agit d'un eczéma à forme *chronique* compliqué de lichen, on cherchera à prévenir cette altération particulière de la peau, cette induration, cet épaississement, cet état corné et comme pachydermique qui résultent de la longue durée de la maladie. On emploiera dans ce but des bains de vapeur, des bains à l'hydrofère. On aura recours surtout à des applications modificatrices variées, à des badigeonnages avec de la teinture d'iode ou avec de l'huile de cade pure.

Ces moyens auront pour effet de réveiller la vitalité de la peau, de provoquer le retour des sécrétions qui lui sont propres et surtout de détruire les couches d'épiderme épaissi qui enlevaient à la membrane tégumentaire son aspect et sa finesse, en même temps que ses propriétés normales.

Enfin, si l'affection cutanée est l'expression d'un principe diathésique, c'est contre ce principe que l'on devra diriger les efforts de la thérapeutique. On ne pourra espérer de guérison durable, en effet, tant qu'on n'aura pas combattu le vice constitutionnel qui préside au développement de la maladie. Suivant que celle-ci sera de nature *herpétique*, *scrofuleuse*, *arthritique*, on aura recours à tel ou tel genre de médication interne.

L'eczéma herpétique réclamera particulièrement l'em-

ploi de l'*arsenic*, médicament qui peut être considéré comme l'agent curatif par excellence des affections de nature dartreuse. L'arsenic conviendra dans la dernière période de l'eczéma, quand l'état phlegmasique de la peau aura disparu; mais il devra être évité avec soin dans la période aiguë, dans celle qui s'accompagne d'une réaction inflammatoire prononcée, si l'on ne veut pas voir survénir une exacerbation marquée dans les phénomènes de l'état local. Le mode d'administration variera d'ailleurs suivant les indications.

Dans notre pratique, nous donnons la préférence à l'arséniate de soude, celui de tous les sels d'arsenic qui est le plus assimilable et le plus soluble. Nous l'administrons tantôt sous forme de *pilules*, tantôt sous forme de *solution*. Nous recommandons volontiers, pour les pilules, la formule suivante :

Arséniate de soude.	1 milligramme,
Extrait de gentiane.	10 centigrammes,

pour une pilule.

Chaque pilule doit être prise au moment des repas, l'heure qui convient, du reste, le mieux pour l'administration des médicaments antidiathésiques. Nous avons l'habitude de commencer par deux pilules seulement à chacun des trois repas, mais nous augmentons progressivement jusqu'à ce que nous soyons arrivé à quatre pilules à chacun des trois repas, faisant ensemble une dose de 12 milligrammes d'arséniate de soude pour la journée.

Lorsque nous employons l'arséniate de soude sous forme de solution, nous donnons à celle-ci la composition suivante :

Eau distillée. . . . . 500 grammes,
Arséniate de soude. . . . . 10 centigrammes.

Le malade prend une cuillerée à soupe de cette solution à chacun des trois repas de la journée. On peut aller un peu au delà de cette dose et prescrire jusqu'à une cuillerée et demie à chaque repas. Il ne faut point oublier que l'usage des préparations arsenicales doit être continué avec persévérance, si l'on veut en retirer les résultats que l'on est en droit d'espérer. Quand l'eczéma se présente chez un *scrofuleux*, l'indication principale est de combattre le principe strumeux. Le vin de quinquina, les amers, les préparations ferrugineuses, l'huile de foie de morue, trouvent ici leur emploi suffisamment justifié. Mais quand l'eczéma reconnaît une origine parasitaire, c'est au traitement local qu'il faut demander la guérison de la maladie. La première indication est d'amener l'élimination du parasite, cause première de l'affection cutanée. On choisira dans ce but, parmi les nombreux agents parasiticides, celui qui paraîtra indiqué par la nature même de l'élément parasitaire. Lorsque l'élimination de celui-ci sera complète, on verra disparaître à sa suite les accidents cutanés dont sa présence avait favorisé le développement. Pour hâter cette disparition, les applications émollientes et spécialement les cataplasmes de fécule de pommes de terre parfaitement cuits, réduits en une gelée homogène, seront très-utilement employés.

TREIZIÈME LEÇON

Impétigo.

Messieurs,

Nous allons consacrer notre conférence d'aujourd'hui à l'étude de l'impétigo; mais, avant de commencer cette étude, je dois vous prévenir qu'elle renferme de nombreuses difficultés. Ces difficultés tiennent à ce que l'impétigo a été envisagé à des points de vue tout à fait différents par les auteurs modernes. Pour vous en convaincre, ouvrez un des traités de dermatologie parus dans ces dernières années. Vous verrez que l'impétigo est tantôt considéré comme une affection dépourvue d'individualité propre, comme une variété, une simple manière d'être de l'*eczéma;* tantôt dépouillé des caractères qui lui appartiennent, et, sous les formes méconnaissables dont on le revêt, incorporé de force dans le tableau des manifestations symptomatiques de la syphilis et de la scrofule. Vous voyez, messieurs, combien la divergence entre les doctrines est grande et quelle réserve elle nous impose dans l'expression de notre propre jugement.

Les deux opinions que nous venons d'exposer ont eu chacune leur représentant dans cet hôpital. M. Bazin, envisageant cette affection au point de vue de sa nature et de ses origines symptomatiques, a multiplié comme à plaisir le nombre des variétés qu'elle est susceptible de présenter et agrandi outre mesure la classification de ses formes, en leur attribuant une valeur séméiologique qu'en réalité elles sont loin de présenter. M. Hardy, procédant dans un sens inverse, a circonscrit dans des limites beaucoup plus étroites le domaine de l'impétigo. Il est même allé jusqu'à lui refuser le titre d'entité morbide, en le considérant comme une simple manière d'être de l'eczéma. C'est là une opinion inacceptable et dont nous aurons à faire justice quand nous étudierons la nature de l'impétigo. Mais, avant de nous livrer à cet examen critique, il nous paraît nécessaire de donner une définition de la maladie et d'exposer l'enchaînement et la marche de ses symptômes.

Définition. — Nous définirons l'impétigo : une affection cutanée, caractérisée par l'existence de pustules petites, acuminées, confluentes, s'élevant sur des surfaces érythémateuses plus ou moins vastes, passagères, essentiellement fugaces, sécrétant un pus qui continue à être formé, après leur disparition, par les surfaces ulcérées qui leur succèdent et donnant lieu à des croûtes humides, saillantes, rocheuses, jaunes, offrant la couleur du miel ou celle de la marmelade d'abricots. Cette définition présente l'avantage incontestable de résumer d'une façon complète l'ensemble des caractères de l'impétigo. Cette affection ne se présente pas dans tous les cas avec des symptômes identiques. Aussi dé-

crirons-nous d'abord sa forme habituelle, et, si je puis ainsi dire, régulière. Il nous paraît nécessaire d'admettre, dans cette description, l'existence de quatre périodes bien distinctes qui correspondent à autant de phases successives de la maladie.

Marche et développement de l'impétigo. — La *première période*, ou période de *début*, est marquée par un certain nombre d'accidents prodromiques précédant l'invasion du mal. Ces accidents sont généralement assez peu marqués. Un peu de lassitude, du malaise, de la céphalalgie, quelques troubles gastriques, voilà ce que l'on observe dans les cas les plus ordinaires.

La *deuxième période*, période d'éruption, est remplie tout entière par l'évolution de la lésion élémentaire. Mais celle-ci est précédée elle-même par l'apparition de larges plaques rouges, véritable congestion de la peau, congestion érythémateuse, essentiellement active, inflammatoire, exanthématique. Au bout d'un temps assez variable, mais qui n'excède guère quelques heures, on voit apparaître une éruption formée de pustules petites, opaques, jaunes, acuminées, confluentes, qui se rompent d'elles-mêmes, après une durée de quelques heures, en laissant après elles une humeur épaisse, jaunâtre et d'apparence phlegmoneuse.

La *troisième période* commence avec la rupture et la disparition des pustules. Elle est caractérisée par l'existence d'ulcérations petites, superficielles, circonscrites par des bords biseautés, non coupés à pic, inégaux, ulcérations qui deviennent à leur tour le point de départ d'une sécrétion analogue à celle de la pustule qui leur a donné naissance. Le produit de cette sécrétion est un

liquide jaunâtre et visqueux qui donne lieu à ces croûtes jaunes, humides, brillantes, dont Alibert a pittoresquement rendu la couleur et l'aspect dans une expression demeurée classique : *melitagra flavescens*. L'épaisseur de ces croûtes, leur humidité, leur aspect anguleux, leur élévation saillante les ont fait comparer par Willan à des stalactites. Leur coloration change d'ailleurs avec le temps, et devient grise ou noirâtre lorsqu'elle a été modifiée par le contact des poussières atmosphériques.

La *quatrième période*, période de *dessiccation*, est marquée par la chute des croûtes, la cicatrisation des ulcérations et la disparition graduelle et bientôt définitive de la sécrétion morbide. A mesure que les croûtes se détachent et disparaissent, le travail de réparation se manifeste, et bientôt il ne reste plus rien des ulcérations qui avaient succédé à la rupture des pustules. Les surfaces malades se détergent peu à peu, et rentrent progressivement dans l'état normal; telle est du moins la marche suivie dans la majorité des cas pour les lésions cutanées; tel est aussi le mode de terminaison habituel de la maladie. L'impétigo est donc une affection à marche régulière, cyclique, et qui présente par cela même une assez grande analogie avec les *fièvres éruptives*. Nous ne pouvons nous empêcher de faire ressortir, à ce point de vue, les différences profondes qui séparent l'impétigo de l'eczéma.

Dans le cours de l'eczéma, on observe souvent des exacerbations qui viennent interrompre la marche naturelle de la maladie, et qui la ramènent pour ainsi dire à l'état aigu. Rien de plus fréquent que ces exacerbations, que ces recrudescences dans le cours de certaines formes d'eczéma, et particulièrement dans l'eczéma de

nature *herpétique*. Il est tout à fait exceptionnel d'observer des irrégularités semblables dans le cours de l'impétigo : en dehors des quatre périodes que nous avons signalées, rien ne vient ordinairement troubler la marche de la maladie, rien ne s'oppose à son évolution régulière et à sa terminaison toujours bénigne. Si, maintenant, nous comparons ces deux affections au point de vue de leur durée, nous saisissons entre elles une différence non moins considérable. Certaines formes d'eczéma, l'eczéma fluent, par exemple, constituent une maladie longue, tenace, rebelle, d'une durée indéfinie et réfractaire à tous les pronostics. L'impétigo est remarquable, au contraire, par la rapidité et la brièveté de son évolution, aussi bien que par la régularité et l'enchaînement de ses symptômes. L'eczéma s'accompagne souvent d'une hypersécrétion morbide abondante, excessive, qui, lorsqu'elle est longtemps prolongée, peut amener les malades à un état d'épuisement assez grave pour être mortel. L'impétigo n'offre qu'exceptionnellement cette persistance prolongée du phénomène morbide de la sécrétion cutanée. Jamais d'ailleurs cette sécrétion n'acquiert l'importance et la gravité pronostique qu'elle présente dans la forme d'eczéma dite eczéma fluent. Mais ces deux affections ne se distinguent pas seulement par leur marche, par leur durée, par leurs symptômes ; elles présentent encore d'autres différences importantes, sur lesquelles nous aurons à nous arrêter lorsque nous traiterons du diagnostic de l'impétigo.

Variétés. — Nous allons maintenant passer en revue les principales variétés que l'impétigo nous offre à considérer : variété dans la lésion élémentaire, variété dans

la configuration, variété dans l'aspect extérieur. La *variété* d'après la lésion anatomique correspond à cette affection mixte que l'on a désignée sous le nom d'*eczéma impétigineux*. Elle repose sur des modifications de forme et d'aspect de la lésion élémentaire, qui se montre revêtue à la fois des attributs de la lésion initiale de l'impétigo et de celle de l'eczéma ; elle donne à la maladie une forme mixte qui correspond bien à cette dénomination d'*eczéma impétigineux* sous laquelle on la désigne, car elle reproduit en elle-même le mélange réuni des caractères de l'impétigo et de l'eczéma ; ses croûtes, par leur couleur, appartiennent à l'impétigo ; mais elles rappellent l'eczéma par leur peu d'épaisseur.

Les variétés, d'après la configuration et l'aspect extérieur, ont reçu différentes dénominations. L'impétigo *larvalis* ou *figurata* est constitué par des plaques pustuleuses, arrondies ou ovalaires, qui siégent de préférence sur la face : lorsque ces plaques sont larges ou nombreuses, elles recouvrent le visage d'une couche épaisse qui simule un véritable masque. L'impétigo *sparsa* est caractérisé par l'existence de groupes isolés, épars, et distribués comme au hasard sur l'étendue de la surface cutanée. Nous avons, en ce moment, un remarquable spécimen de cette variété d'impétigo chez une de nos malades de la salle Henri IV. L'impétigo *erysipelatodes* est une variété, assez rare, dans laquelle on observe une coloration rouge, une teinte érysipélateuse, des bords saillants délimitant nettement les parties malades.

Cette variété présente une certaine analogie avec l'érysipèle, analogie qui est complétée, du reste, par l'intensité des phénomènes généraux dont elle s'accompagne : agitation, fièvre, délire, quelquefois même symp-

tômes véritables de méningite. Le hasard nous fournit, en ce moment même, l'occasion d'en étudier un spécimen intéressant chez une de nos malades de la salle Henri IV. L'impétigo *scabida* tire son nom de la coloration grise et noirâtre et de l'état fendillé et rugueux de ses croûtes, assez semblables, par leur aspect, à ces plaques de lichen parasite qui se développent sur l'écorce de certains arbres. Les variétés que nous venons de passer en revue sont d'ailleurs les seules qui soient réellement importantes à connaître.

Symptômes. — Les symptômes de l'impétigo sont de deux sortes : les uns *généraux*, les autres *locaux*. Les symptômes *généraux* présentent une intensité variable, suivant la forme ou l'étendue de la maladie. En général, ils sont peu prononcés, et ce n'est que dans certaines variétés remarquables par la prédominance de l'élément phlegmasique, dans l'impétigo *larvalis*, dans l'impétigo *erysipelatodes* surtout, qu'ils acquièrent une notable acuïté. Généralement, ils apparaissent au début de l'affection, avant toute espèce de manifestation locale. Les malades éprouvent de la céphalalgie, du malaise, de la courbature; il existe en même temps un état saburral des voies digestives. L'éruption se manifeste d'abord sous forme de taches érythémateuses, larges, irrégulières, dont l'apparition s'accompagne d'une sensation de chaleur, de picotement et de cuisson. On voit bientôt s'élever à la surface de ces plaques rouges une multitude de pustules, petites, acuminées, confluentes, jaunâtres, réunies en groupes ou disséminées sur une étendue plus ou moins vaste. Ces pustules n'ont qu'une existence éphémère : après quelques heures de durée,

elles se rompent, s'affaissent et disparaissent. Il n'est pas rare d'observer, pendant la période d'éruption, de l'insomnie, de l'agitation et de la fièvre. Après la disparition des pustules, il reste une sorte d'humeur jaunâtre, épaisse, phlegmoneuse, qui se concrète au contact de l'air et donne lieu à la formation de ces croûtes anguleuses, humides, rocheuses, dont la couleur jaune, mielleuse, et la teinte brillante ont valu à la maladie le nom de *Melitagra flavescens*, sous laquelle la désignait Alibert. Ces croûtes recouvrent, sous leur épaisseur, des ulcérations multiples, superficielles, à la surface desquelles s'élabore une sécrétion morbide semblable à celle des pustules qui leur ont donné naissance. La chute des croûtes est généralement l'indice de la guérison prochaine de l'impétigo. Elle survient à une époque variable, qui ne se fait pas longtemps attendre ; en même temps, on observe la cicatrisation des ulcérations et le retour progressif des surfaces malades à l'état normal. Il ne reste bientôt plus, comme trace de l'affection cutanée, qu'une teinte rougeâtre ou brune qui disparaît à son tour, sans laisser derrière elle aucune cicatrice.

QUATORZIÈME LEÇON

Impétigo (*suite*).

Nature de l'impétigo. — Une des questions les plus délicates que soulève l'histoire de l'impétigo est celle qui se rattache à sa nature. Lorsque l'on cherche à acquérir sur ce point des notions précises, on vient malheureusement se heurter à des opinions contradictoires, et d'autant plus difficiles à combattre qu'elles émanent d'hommes considérables dont les doctrines font autorité en matière de dermatologie. Les uns, en effet, vont jusqu'à nier l'individualité de la maladie, tandis que les autres lui attribuent une variété de symptômes et de formes qui la rendent véritablement méconnaissable. Nous admettrons cependant, comme fondée sur des caractères réels, la division de l'impétigo en *idiopathique* et *symptomatique*.

L'impétigo *idiopathique* constitue une affection simple, franchement aiguë, conforme en tous points au tableau que nous avons donné tout à l'heure. Il est dû tantôt à l'action d'une cause locale, au contact de substances irritantes. Nous pouvons citer comme type de ce genre d'affection l'impétigo *artificiel*, que nous produisons à volonté au moyen des applications de pommade au biiodure de mercure. Tantôt nous l'appellerons impétigo *saisonnier*, parce qu'il reconnaît pour cause

l'influence des changements de saisons ou des modifications de milieu climatérique; tantôt, enfin, il résultera d'un état général tout spécial, d'une véritable pyrexie, sorte de fièvre essentielle, à laquelle nous pourrons bien donner le nom de *fièvre impétigineuse.*

L'impétigo est *symptomatique* lorsqu'il se rattache à l'existence d'un vice constitutionnel ou lorsqu'il est dû à l'action irritante d'un élément parasitaire. L'impétigo *parasitaire* est fréquent : c'est l'accompagnement presque obligé de la gale, de la phthiriase, et, dans l'ordre des parasites végétaux, du favus, de la tricophytie, de la mentagre. Lorsqu'il est lié à la présence de l'acarus, il affecte de préférence certaines régions, les espaces interdigitaux, la face palmaire du poignet, la partie antérieure de l'abdomen : de plus, il coexiste, ordinairement avec des lésions de genres différents, avec des papules de prurigo, avec des pustules d'ecthyma. Dans la phthiriase, cette affection si fréquente chez les personnes qui négligent les prescriptions élémentaires de l'hygiène, l'impétigo vient souvent compliquer l'élément parasitaire. Il siége alors de préférence sur les parties qui servent d'abri au parasite, sur le cuir chevelu, sur le triangle sus-pubien, et, de plus, il affectionne une manière d'être particulière, caractérisée par l'existence de croûtes petites, sèches, arrondies, détachées de la peau, appendues aux cheveux sous forme de granulations, ce qui lui a fait donner le nom d'*impetigo granulata.*

L'impétigo se rencontre également, comme une complication fréquente, dans les affections qui reconnaissent pour cause la présence de parasites végétaux, *favus sycosis.* Cette complication est toujours fâcheuse au point de vue du diagnostic, parce qu'elle contribue à masquer

l'affection principale et à la dérober aux recherches du clinicien : *idiopathique* ou *parasitaire*, l'impétigo se présente, en définitive, avec des caractères assez tranchés pour qu'aucune contestation ne soit possible à son égard. Mais il n'en est pas de même de l'impétigo de nature *diathésique*. L'influence des virus constitutionnels sur le développement de l'impétigo a été, en effet, singulièrement exagérée. On a fait intervenir, tour à tour, l'herpétisme, la scrofule, la syphilis, dans l'étiologie de cette affection. Et voyez cependant combien l'impétigo s'éloigne des caractères que nous avons assignés aux affections de nature dartreuse : il ne présente ni leur durée, ni leur ténacité, ni leur tendance aux récidives.

Ces caractères, qui sont si tranchés dans certaines des manifestations de la dartre, dans le psoriasis, dans l'eczéma, ne se retrouvent guère dans l'affection qui nous occupe, et leur absence nous autorise à penser que le vice herpétique n'exerce ici qu'une influence secondaire et même tout à fait exceptionnelle. La scrofule n'a guère, à nos yeux, plus de titres à revendiquer dans l'étiologie de l'impétigo. Et cependant il est des auteurs, à la tête desquels se place M. Bazin, qui professent une opinion absolument opposée. M. Bazin considère, en effet, l'impétigo comme une des manifestations les plus fréquentes de la diathèse strumeuse. Et non-seulement il admet en principe l'influence de la diathèse strumeuse sur la production de l'impétigo, mais il la croit susceptible d'imprimer à l'affection cutanée, par laquelle elle se traduit, des caractères multiples qui justifient la division qu'il a créée et les deux formes qu'il a admises sous le nom de *scrofulide bénigne* impétigineuse et de *scrofulide maligne*, appelée aussi *impetigo rodens*.

Voici les raisons qui nous empêchent d'accepter cette manière de voir. Nous trouvons bien, dans la scrofulide bénigne décrite par M. Bazin, tous les caractères du genre impétigo; mais nous n'y voyons apparaître aucun des attributs de la diathèse scrofuleuse. Comment admettre, en effet, que l'impétigo, une des moins longues, une des plus transitoires, une des moins tenaces des affections cutanées, puisse représenter la scrofule, c'est-à-dire la maladie chronique, longue et indéfinie par excellence? Et, d'autre part, dans l'impétigo malin, ou *impetigo rodens*, nous trouvons bien la chronicité, l'absence de douleur, la tendance à l'ulcération qui caractérisent la scrofule; mais nous ne voyons rien absolument qui rappelle la physionomie si particulière de l'impétigo. Quel rapport y a-t-il, par exemple, entre ces croûtes stratifiées, blanches et noirâtres, si persistantes, qui recouvrent des surfaces profondément ulcérées, entre ces ulcérations à tendance envahissante, à marche serpigineuse, donnant lieu à une suppuration sanieuse et en quelque sorte inépuisable, laissant derrière elles des cicatrices indélébiles, et ces croûtes jaunes, flavescentes, qui n'ont qu'une courte durée et qui ne laissent après leur chute que des surfaces excoriées sur lesquelles ne se produit aucune trace de cicatrice? Vouloir faire entrer l'impétigo dans la classe des maladies scrofuleuses est donc une tentative forcée qui ne saurait aboutir en présence de la différence si tranchée qui sépare le genre *impétigo* des manifestations caractéristiques de la scrofule.

Les mêmes objections se présentent à nous lorsque nous voyons l'impétigo classé au nombre des manifestations de la diathèse syphilitique. La syphilide impétigineuse bénigne et l'impétigo syphilitique malin ne re-

produisent, comme nous allons le voir, aucun des caractères de l'impétigo. La première variété nous présente, en effet, comme type cette forme assez rare de syphilide que l'on a désignée sous le nom de *syphilide pustuleuse miliaire*, et qui est constituée par des groupes d'éléments pustuleux que l'on trouve disséminés dans certaines régions, mais particulièrement à la face et sur le cuir chevelu; ces éléments pustuleux offrent en général une durée assez longue, et ne guérissent jamais sans laisser derrière eux des traces cicatricielles indélébiles. L'impétigo *syphilitique malin* appartient à la dernière phase d'évolution de la syphilis secondaire; il est même déjà un accident tertiaire. Le type de cette affection nous est fourni par la *syphilide pustulo-crustacée ulcéreuse*, syphilide particulièrement tenace et rebelle, et qui, en raison de la profondeur et de la malignité des ulcérations dont elle est accompagnée, constitue une des manifestations les plus graves de la vérole. Eh bien! il suffit d'énumérer ces caractères pour faire ressortir la distance qui les sépare de ceux de l'impétigo, et pour montrer combien est peu fondée l'analogie que l'on a cherché à établir entre des affections de nature si différente.

Et pourtant on a été plus loin encore dans cette voie: on est allé jusqu'à nier l'unité de la maladie, et on a substitué à la classification des anciens auteurs une division nouvelle qui paraissait plus propre à concilier les caractères multiples que l'on avait assignés aux différentes affections décrites sous le nom d'impétigo. On a donc admis, sous le nom d'impétigo, deux affections distinctes: la *mélitagre*, qui serait l'impétigo à proprement parler, et l'*impétigo syphilitique* et *scrofuleux*, qui serait la manifestation sous forme impétigineuse de la

syphilis et de la scrofule. Nous ne saurions accepter une classification qui ne tend à rien moins qu'à nier l'unité de la maladie et à en établir deux là où il n'y en a qu'une seule. Les doctrines de M. Bazin, sur ce point, sont donc absolument inadmissibles.

Nous refusons, du reste, également de nous associer à une tentative d'un autre genre, faite en vue d'enlever à l'impétigo l'autonomie qui lui appartient. M. Hardy considère, en effet, cette affection comme une variété, une simple manière d'être de l'eczéma « Si les caractères de l'eczéma et de l'impétigo, dit M. Hardy, semblent parfaitement distincts au premier abord, cela tient à une simple différence dans le degré d'intensité de l'inflammation qui existe dans la première période de l'une et de l'autre de ces affections ; mais cette différence ne saurait, à elle seule, servir à constituer deux genres distincts ; elle ne saurait empêcher l'unité de la maladie. » Voilà ce que soutient M. Hardy. Or nous avons assez insisté, au début de cette leçon, sur les différences nombreuses qui séparent l'eczéma de l'impétigo pour qu'il ne reste aucun doute dans vos esprits sur la dualité de ces deux affections. Elles ne présentent ni la même marche, ni la même durée, ni les mêmes symptômes, ni le même mode de terminaison. Elles diffèrent par la lésion *élémentaire*, pustule dans un cas, vésicule dans l'autre, aussi bien que par les lésions qui marquent les dernières périodes de la maladie, par les croûtes et les ulcérations qui leur font suite. Elles diffèrent encore par l'acuïté phlegmasique, par l'intensité des réactions locales et générales dont elles s'accompagnent. La distinction que nous nous sommes efforcé, dès le début, d'établir entre l'eczéma et l'impétigo, nous apparaît donc comme parfaitement

légitime, et l'on chercherait vainement à la faire disparaître.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'impétigo ne présente ordinairement aucune difficulté. Cela résulte de la forme si caractéristique des lésions cutanées, de leur marche, de leurs symptômes. Il est cependant certaines affections de la peau qui présentent quelques traits de ressemblance avec l'impétigo, soit au point de vue de la lésion initiale, soit au point de vue des lésions qui signalent les dernières périodes de la maladie. Nous citerons parmi ces affections l'*ecthyma*, le *sycosis*, l'*eczéma*.

L'*ecthyma* débute, comme l'impétigo, par une éruption pustuleuse; mais les caractères de ces pustules sont essentiellement différents de ceux qui appartiennent aux pustules de l'impétigo. Celles-ci sont petites, acuminées, jaunes, confluentes, réunies en groupes sur un fond érythémateux, et ne présentent qu'une durée éphémère ; celles de l'ecthyma sont larges, volumineuses, isolées, discrètes, blanchâtres, saillantes; elles ont chacune autour de leur base une auréole rouge, et laissent après elles des croûtes noires, sèches, dures, adhérentes, enchâssées dans le derme, et souvent des cicatrices ineffaçables; tandis que les croûtes de l'impétigo sont jaunes, molles, humides, suintantes, peu adhérentes et très-épaisses.

Le *sycosis* présente également des pustules, mais ce sont des pustules persistantes, profondes, et qui, signe précieux à noter, se rencontrent toujours dans les régions couvertes de poils, et spécialement dans la barbe. Elles se développent sur de petits tubercules, elles sont tra-

versées à leur centre par un poil; le pus qu'elles contiennent n'est jamais déversé au dehors, il se concrète en une croûte brunâtre, mince et sans épaisseur. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel de l'impétigo et de l'*eczéma;* ce serait revenir sur un sujet que nous avons traité déjà lorsque nous avons fait ressortir la distinction qu'il importe d'établir entre deux affections dont la marche, les symptômes, les lésions présentent des caractères tellement tranchés, qu'il est véritablement impossible de les confondre.

Pronostic. — Le *pronostic* de l'impétigo ne comporte généralement aucune gravité. La *guérison* est, en effet, la terminaison habituelle de cette affection. Il convient néanmoins de tenir compte de la forme, de la durée, et surtout de la nature de l'impétigo, comme d'autant de circonstances qui peuvent faire varier le pronostic. Ainsi la forme *érysipélateuse*, avec son cortége de phénomènes inflammatoires, avec les symptômes généraux dont elle s'accompagne, doit toujours être considérée comme une affection sérieuse, tandis que l'impétigo *simple*, *idiopathique*, doit être regardé, au contraire, comme une affection passagère et bénigne. Certaines formes, telles que l'*impétigo larvalis*, et plus particulièrement l'impétigo des enfants, connu sous le nom de *gourme*, et qui n'est qu'une variété de la forme *larvalis*, se présentent avec des caractères tellement accentués, que le pronostic semble, au premier abord, devoir s'entourer de sérieuses réserves. Cette affection est caractérisée, en effet, dans sa troisième période, par l'existence de croûtes épaisses, confluentes, colorées en noir par l'extravasation sanguine qui résulte des grattages.

Ces croûtes recouvrent le front, le nez, les joues, les lèvres, toute la figure, en un mot, et donnent à la physionomie des petits malades un aspect hideux et repoussant. Et néanmoins cette affection, si grave en apparence, n'a rien qui doive effrayer; car elle cède au traitement le plus simple : applications émollientes, cataplasmes de fécule de pommes de terre maintenus en permanence. La sollicitude avec laquelle les parents devront veiller à empêcher les grattages accélérera encore la guérison, qui aura lieu dans l'espace de quinze à vingt jours, et qui ne laissera derrière elle aucune cicatrice.

Traitement. — L'impétigo étant une affection à marche aiguë, inflammatoire, l'indication principale du traitement doit reposer sur ce caractère phlegmasique si important. La médication antiphlogistique est donc celle qui convient au traitement de l'impétigo; c'est aux ressources qu'elle nous offre qu'il faut avoir recours pour obtenir la guérison de la maladie. L'expectation a pu, sans doute, suffire dans un certain nombre de cas; mais il nous semble préférable néanmoins de faire intervenir les moyens qui peuvent calmer l'irritation locale et apaiser l'inflammation cutanée. Les applications de topiques émollients, les compresses imbibées d'eau tiède, les cataplasmes de fécule, les bains simples ou amidonnés rendront de réels services dans la période aiguë de la maladie. On verra s'atténuer et disparaître l'irritation cutanée; et si, plus tard, dans les dernières périodes, on continue l'emploi de ces mêmes moyens, on assistera à la chute plus rapide des croûtes et à la cicatrisation des surfaces cutanées. S'il existe en même temps un état

saburral des voies digestives, on cherchera à le faire disparaître par l'emploi des purgatifs, des éméto-cathartiques. Enfin, si la maladie s'est développée sur un terrain scrofuleux, on s'efforcera de combattre le vice constitutionnel par l'emploi des moyens appropriés : on prescrira les amers, l'huile de foie de morue, le vin de quinquina, et on recommandera les soins hygiéniques, qui ont toujours leur importance pour triompher du principe strumeux et hâter la guérison de l'affection cutanée.

QUINZIÈME LEÇON

Eothyma.

Messieurs,

On désigne sous le nom d'ecthyma une maladie de la peau caractérisée par des pustules arrondies, volumineuses, aplaties, grisâtres, entourées à leur base d'un cercle érythémateux, isolées, contenant un pus épais, dont la dessication donne lieu à une croûte noirâtre, sèche, enchâssée dans le derme et persistante.

L'ecthyma est une des dermatoses les plus communes; tantôt il est léger, localisé, tenant à une cause externe et sans aucun caractère sérieux; tantôt, au contraire, vous le voyez généralisé, occupant de vastes surfaces, creusant dans l'épaisseur du derme des ulcérations profondes, donnant lieu à des accidents généraux dont il est la cause, et résultant lui-même d'états internes, de diathèses dont il devient l'expression. Ce simple exposé suffit pour vous faire comprendre de quelle importance il est pour vous de bien connaître une affection si fréquente et qui se présente à votre observation avec des caractères si différents de causes, de nature et de gravité. Nous allons donc l'étudier: 1° dans la lésion anatomique qui le constitue et dans l'évolution

de cette lésion ; 2° dans sa nature et dans ses causes ; 3° dans ses symptômes et sa durée ; 4° dans son diagnostic ; 5° dans son traitement.

1. LÉSION ANATOMIQUE, MARCHE ET DÉVELOPPEMENT DE L'ECTHYMA.

Cette lésion est une pustule ; elle a des caractères tellement tranchés, si faciles à saisir, que vous ne devrez jamais être embarrassés pour la reconnaître. La pustule de l'ecthyma est large, volumineuse, arrondie, convexe ; elle contient un pus grisâtre, ce qui lui donne sa couleur blanche-grisâtre qui est un de ses traits caractéristiques ; ses dimensions varient d'une petite lentille à une pièce d'un demi-franc ; elle est entourée d'une auréole d'un rouge assez vif, érythémateuse, disparaissant à la pression du doigt et reparaissant tout de suite. Le plus souvent le pus contenu dans la pustule n'est point déversé au dehors, mais il se dessèche, se concrète sur place et se transforme en une croûte d'un noir brunâtre ; cette croûte conserve la forme arrondie et aplatie de la pustule qu'elle a remplacée ; elle est sèche, c'est-à-dire sans aucun mélange de sécrétion humide ; elle est solidement fixée et comme enchâssée dans l'épaisseur du derme, à la manière d'un verre de montre ; elle reste ainsi pendant un temps variable, mais qui peut être assez long, de 5 à 15 jours et quelquefois davantage. Quand elle se détache, on trouve que la partie sous-jacente du derme qu'elle recouvrait n'est plus qu'une simple tache cicatricielle si l'ulcération pustuleuse a été superficielle ; si, au contraire, cette ulcération a été profonde, si elle a compris une grande partie

de l'épaisseur du derme ou même toute cette épaisseur, dans ce cas, lorsque la croûte se détache, elle laisse après elle une ulcération arrondie, régulière, plus ou moins creuse et fournissant un pus habituellement sanieux. Cette ulcération, suivant sa nature, ainsi que nous l'expliquerons plus bas, suivant ses dimensions et suivant la santé générale et la constitution du malade, est plus ou moins longue à fournir les éléments cicatriciels nécessaires à sa guérison. Lorsqu'elle n'a intéressé que la couche la plus superficielle du derme, elle ne laisse aucune trace, aucune cicatrice; lorsque, au contraire, elle a été profonde, elle laisse après elle une cicatrice indélébile. Telles sont les lésions anatomiques cutanées de l'ecthyma. Voyons maintenant quelle est leur évolution et quel est leur siége.

On peut envisager l'ecthyma, au point de vue anatomo-pathologique, sous quatre aspects différents, c'est-à-dire dans les quatre périodes parfaitement distinctes de son évolution ou de son développement :

1° *Période d'invasion ou érythémateuse.* — C'est une simple tache d'un rouge plus ou moins vif, congestive, inflammatoire, disparaissant, à la manière des exanthèmes, sous la pression du doigt, pour se reformer immédiatement. La durée de cette tache est variable : quelques heures seulement, d'autres fois une journée ou même deux journées.

2° *Période d'état ou pustuleuse.* — Cette deuxième période est signalée par les phénomènes suivants : le milieu de la tache devient saillant; il s'y produit une sécrétion humide qui soulève le feuillet épidermique;

cette sécrétion humide est un pus grisâtre qui reste enfermé et collectionné sous le feuillet épidermique soulevé, de manière à constituer la pustule ecthymateuse, avec les caractères que nous lui avons assignés. C'est le milieu seulement de la tache qui a été transformé en pustule; la périphérie est restée à son état primitif de tache congestive, et c'est elle qui forme l'anneau rouge, inflammatoire, qui persiste autour de la pustule et qui entoure sa base comme d'une auréole. Tel est l'ecthyma parvenu à tout son développement, c'est-à-dire à sa deuxième période, ou période d'état.

3° *Période croûteuse.* — Elle est caractérisée par la croûte sèche, noirâtre, dure, adhérente et persistante que nous avons décrite plus haut.

4° *Période ulcéreuse.* — Elle manque lorsque l'ecthyma, ayant été léger et superficiel, n'a ulcéré que la couche dermique la plus externe, lorsqu'il s'est contenté d'effleurer le derme; mais, comme nous l'avons dit plus haut, si le derme a été profondément entamé par un travail ulcératif, alors on peut constater à l'ecthyma une quatrième période, c'est-à-dire une lésion ulcéreuse succédant à la chute de la croûte, devenant le siége d'une suppuration et d'un travail cicatriciel dont la durée varie suivant la profondeur, suivant l'étendue de l'ulcère, suivant aussi, il ne faut jamais l'oublier, la nature de l'ecthyma et l'état constitutionnel plus ou moins mauvais du malade.

L'ecthyma, comme toutes les dermatoses à sécrétion humide, choisit de préférence, pour siége, les régions

où la peau est fine et en opposition avec elle-même. Ainsi on le trouve le plus souvent dans les espaces inter-digitaux, au pli du poignet, au pli du bras, à la face interne et supérieure des cuisses; on le trouve aussi sur les épaules, sur le dos; rarement sur le cou et sur la face; quelquefois le corps tout entier, le tronc et les membres en sont constellés; d'autres fois il n'existe que sur un petit nombre de régions. Mais, quelle que soit sa disposition, les pustules sont toujours isolées, discrètes, habituellement même assez éloignées les unes des autres.

II. NATURE ET CAUSES DE L'ECTHYMA.

Nous venons d'étudier l'ecthyma comme affection générique; nous avons vu quels sont ses caractères anatomo-pathologiques : voyons maintenant quelle est sa nature, quelle est sa valeur comme entité morbide.

A ce point de vue, nous l'envisagerons sous quatre aspects différents : 1° *ecthyma de cause externe;* 2° *ecthyma idiopathique, essentiel ou de cause interne;* 3° *ecthyma parasitaire;* 4° *ecthyma symptomatique.*

1° *Ecthyma simplex, ou de cause externe.* — Il résulte d'excitations locales venant du dehors et agissant sur un point quelconque de la peau; le contact de substances solides ou liquides, irritantes soit par leur nature, soit par leur température, l'occasionne; il est une des lésions les plus habituelles dont l'ensemble a reçu le nom vulgaire de gale des épiciers; on pourrait,

dans ce cas, l'appeler *ecthyma professionnel*, c'est-à-dire ecthyma engendré par toutes les professions qui sont, pour la peau, une cause d'irritation locale.

2° *Ecthyma idiopathique, essentiel ou de cause interne.* — Il existe une fièvre essentielle que l'on peut appeler *fièvre ecthymateuse*, de même qu'il y a une *fièvre herpétique;* cette fièvre est peu intense, accompagnée d'accidents généraux sans gravité : un peu de courbature, d'anorexie, un peu d'accélération du pouls; au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures de cet état pyrexique, on voit apparaître une poussée de pustules d'ecthyma, et bientôt les accidents généraux s'amendent et disparaissent. Cette fièvre ecthymateuse s'observe sous l'influence de grandes fatigues, d'écarts de régime, mais principalement sous l'influence du printemps et des grandes chaleurs; aussi l'ecthyma, dans ce cas, peut-il être appelé *saisonnier.*

3° *Ecthyma parasitaire.* — La gale n'a pas de lésion cutanée concomitante ou symptomatique de son existence plus fréquente que l'ecthyma. La présence des acares dans l'épaisseur du derme, les sillons qu'ils y creusent, y déterminent, y entretiennent une inflammation qui se traduit par des poussées de pustules d'ecthyma; ici l'ecthyma se trouve lié à l'affection parasitaire; aussi peut-on l'appeler *parasitaire.*

4° *Ecthyma symptomatique.* — C'est le plus grave et le plus important à bien connaître. On l'observe sous l'influence et comme conséquence de trois états constitutionnels bien différents dont il devient l'expression. Tantôt il est la traduction de ce que l'on peut désigner

sous le nom vague et générique de *cachexie*, c'est dans ce cas l'*ecthyma cachecticum;* tantôt il est une manifestation de la syphilis, c'est l'*ecthyma syphilitique ;* tantôt, enfin, il est de nature *herpétique*.

1° *Ecthyma cachecticum.* — La dégradation de l'état général des forces, la détérioration de la constitution, l'épuisement résultant d'excès en tout genre, de la misère, d'une mauvaise hygiène, de l'habitation dans des endroits malsains, humides, mal aérés, d'une nourriture insuffisante ou de mauvaise nature, toutes ces diverses causes d'affaiblissement pour l'économie et la santé générale, engendrent cette forme d'ecthyma qui apparaît comme la manifestation et le symptôme de la cachexie. L'*ecthyma cachecticum* existe à tous les âges, à toutes les époques de la vie : on le trouve fréquemment dans la première enfance, dès les premières années et même dès les premiers mois, pendant l'allaitement. Les petits enfants dont la santé est dégradée par un lait d'une mauvaise qualité, provenant d'une nourrice malsaine, mal soignée, malade ou enceinte ; ou bien ceux que l'on élève avec une nourriture artificielle, mal choisie, difficile à digérer, disproportionnée avec la délicatesse de l'appareil gastro-intestinal du premier âge ; ceux encore qui sont malproprement tenus, insuffisamment lavés et nettoyés, qu'on laisse toujours emmaillottés, dans un air vicié, sont sujets à cette forme d'ecthyma. L'extrémité opposée de la vie, la décrépitude sénile, l'affaiblissement général tenant à la vieillesse et à toutes ses infirmités en sont encore une cause fréquente. Ainsi, dans la première enfance, dans l'âge mûr et dans l'extrême vieillesse, l'ecthyma apparaît et doit

être envisagé comme l'expression d'une santé détériorée, épuisée; en un mot, comme le symptôme d'un état cachectique.

2° *Ecthyma syphilitique.* — L'ecthyma est une des plus fréquentes manifestations cutanées de la syphilis. On le trouve à deux époques bien différentes de l'évolution syphilitique. Le plus souvent, il fait partie des accidents tertiaires, ulcéreux et tardifs dont il est une des formes les plus habituelles; d'autres fois il apparaît dès le début des accidents généraux ou constitutionnels; et alors il est une des lésions qui caractérisent la syphilis maligne galopante.

3° *Ecthyma herpétique.* — L'ecthyma peut, dans certains cas, exister à titre de manifestation de la dartre. Presque toujours il se développe sous l'influence d'un mauvais état général; avant lui, il y avait le plus souvent une autre manifestation dartreuse plus bénigne, moins grave quant à la lésion anatomique; mais, sous l'influence de l'altération de la santé, cette lésion dartreuse, primitivement bénigne, s'aggrave, elle prend un caractère malin, elle dégénère et se transforme en une lésion cutanée plus profonde, ulcérative, elle devient un ecthyma. C'est ainsi que nous comprenons et que vous devez comprendre l'ecthyma herpétique.

III. SYMPTÔMES ET DURÉE DE L'ECTHYMA.

Ils varient suivant sa nature. Dans l'*ecthyma simplex ou idiopathique*, pas d'accidents généraux; conservation de la santé la plus normale; sensation de chaleur,

de cuisson, de tension au niveau des pustules; n'oublions pas que l'ecthyma est une forme ou manifestation toute spéciale de l'inflammation du derme; par conséquent, il doit nous présenter, même dans son développement le plus bénin, les caractères de toute phlegmasie : rougeur, chaleur, tension. Sa durée, pourvu que la cause sous l'influence de laquelle il a été produit ne persiste pas, est de huit à quinze jours (un ou deux jours pour la période d'invasion, c'est-à-dire pour la tache érythémateuse; deux à quatre jours pour la période pustuleuse; six à huit jours pour la période croûteuse). Dans l'ecthyma simplex, généralement, la croûte ne se détache qu'après la cicatrisation de l'ulcération; par conséquent, la période ulcéreuse manque; quand la croûte tombe, on trouve à sa place une simple tache cicatricielle formée par une pellicule épidermique qui n'a pas encore eu le temps d'acquérir sa consistance, son épaisseur et sa coloration normales. Mais si la cause qui a produit l'ecthyma, la cause professionnelle, par exemple, persiste, alors de nouvelles poussées se produisent successivement, et la durée de l'affection peut ainsi se prolonger indéfiniment, en même temps que l'intensité de ses lésions et de ses symptômes est accrue par la persistance des causes productrices.

Il en est de même pour l'*ecthyma parasitaire*.

L'*ecthyma saisonnier, de cause interne*, dure habituellement de dix à quinze jours; il est précédé et accompagné de quelques troubles généraux; la poussée pustuleuse est unique, elle se produit en une seule fois; elle s'éteint sans que de nouvelles poussées successives et ultérieures prolongent la durée de la maladie, dont la forme est et reste essentiellement aiguë.

Il n'en est pas ainsi de l'*ecthyma symptomatique*. Celui-là affecte toujours la forme chronique, et sa durée est indéterminée. L'*ecthyma cachecticum*, qu'il existe chez l'enfant, chez l'adulte ou chez le vieillard, ne guérit qu'avec la cachexie elle-même, dont il est le symptôme; il dure autant qu'elle et par conséquent il persiste souvent jusqu'à la mort. Après la chute des croûtes, les ulcérations restant à découvert suppurent : cette suppuration, quelquefois très-abondante, fétide, épuise, empoisonne le malade ; des adhérences, des frottements ont lieu entre les vêtements, les draps de lit, les pièces de pansement et les ulcérations, le poids du corps porte sur elles, chaque mouvement les comprime, les irrite, les déchire ; aussi elles s'agrandissent, deviennent plus larges et plus profondes ; ces ulcérations étant disséminées, éparpillées sur presque toute l'étendue du corps, et en particulier sur toute la longueur des membres inférieurs, il en résulte une très-grande difficulté, pour ne pas dire une impossibilité matérielle de les panser toutes convenablement, c'est-à-dire de les recouvrir toutes de topiques remplissant le double but de favoriser le travail cicatriciel et en même temps de les garantir contre tout contact, toute violence, toute irritation venant du dehors. Toutes ces conditions fâcheuses font que les ulcérations peuvent devenir le siége d'une douleur vive, incessante, dont l'intensité augmente au moindre mouvement, empêche le sommeil, détruit l'appétit, amène et entretient la fièvre ; cette fièvre ne tarde pas à prendre tous les caractères d'une fièvre hectique et de consomption qui use tous les jours davantage le peu de forces qui restaient au malade ; c'est ainsi qu'arrive la mort.

SEIZIEME LEÇON

Eothyma (*suite*).

L'*ecthyma cachecticum*, après une série des accidents les plus graves, se termine donc souvent, le plus souvent peut-être, par la mort. Cette terminaison fatale, heureusement, n'est pas constante, et la guérison peut être obtenue, ainsi que nous le dirons plus bas, par un ensemble de moyens hygiéniques et médicamenteux s'adressant spécialement à la constitution du malade. Si l'on parvient à la modifier avantageusement, on voit l'ecthyma se guérir, les ulcérations se resserrer, fournir une suppuration moins fétide, moins abondante, devenir moins douloureuses, se combler progressivement par un bourgeonnement réparateur et cicatriciel, à mesure que la fièvre s'éteint, que l'appétit reparaît avec le sommeil, que les fonctions gastro-intestinales se rétablissent; à mesure, en un mot, que l'état général se relève et devient meilleur.

L'*ecthyma syphilitique*, lorsqu'il existe comme accident franchement tertiaire et tardif, lorsque la constitution du malade n'a pas subi une détérioration par trop accentuée, a une durée qui varie de un à deux ou trois mois, et le plus habituellement il se termine par la

guérison. S'il se manifeste dès la première invasion des accidents généraux, précoces, s'il se montre comme symptôme de la syphilis maligne galopante, par cela même il est plus grave, il offre moins de prise à l'action des spécifiques, et par conséquent sa durée est plus longue; elle est si variable qu'elle ne saurait être indiquée.

L'*ecthyma herpétique* est long dans sa durée, en vertu même de sa nature herpétique; en effet, un des caractères des affections herpétiques ou dartreuses, c'est d'avoir une longue durée; c'est là un de leurs signes distinctifs. De plus, l'existence de l'ecthyma comme symptôme de la dartre, implique une détérioration plus ou moins profonde de la constitution, un certain degré de cachexie, ou bien, ce qui revient au même, un très-profond degré d'imprégnation de la constitution par le vice herpétique, lequel alors se traduit par une de ses manifestations les plus graves, par l'ecthyma que l'on peut bien appeler une *herpétide maligne*. De ces considérations, il résulte que l'ecthyma herpétique est doublement long dans sa durée, long comme affection symptomatique de la dartre, et, de plus, long comme affection symptomatique d'un état cachectique.

IV. DIAGNOSTIC DE L'ECTHYMA.

Le diagnostic de l'ecthyma comprend deux parties bien distinctes : 1° le diagnostic du *genre*, c'est-à-dire savoir reconnaître l'ecthyma en lui-même; 2° le diagnostic de la *nature* de l'ecthyma.

Diagnostic du genre ecthyma. — Rappelons que

l'ecthyma est caractérisé par des pustules blanchâtres, larges de base, entourées d'un cercle érytématheux, arrondies, surbaissées, persistantes, isolées, donnant lieu par leur dessication à des croûtes sèches, noirâtres, persistantes aussi, fortement enchâssées dans le derme. Or ces caractères sont tellement tranchés et si faciles à saisir que l'ecthyma est une des affections de la peau qui se reconnaissent avec le plus de facilité et dont le diagnostic doit causer le moins d'embarras et d'incertitude. Avec quelles autres affections, en effet, pourrait-on confondre l'ecthyma? Serait-ce avec l'*impétigo ?*

L'*impétigo* a aussi pour lésion primitive une pustule qui donne lieu à une croûte. Mais les pustules de l'impétigo sont petites, acuminées, pointues, granuleuses, confluentes, réunies en plus ou moins grand nombre sur une surface érythémateuse; elles sont d'un jaune de miel; elles sont fugaces et non persistantes; leurs croûtes ne sont point isolées, mais réunies en carapaces souvent très-larges; elles sont pointues, rocheuses, suintantes, d'une couleur jaune mielleuse (*melitagra flavescens*). La confusion entre l'impétigo et l'ecthyma n'est donc pas possible, bien que leur lésion anatomique primitive soit la même.

L'ecthyma ne sera pas non plus confondu avec l'*acné pustuleuse*. Le siége de prédilection de cette dernière affection est la face; or l'ecthyma ne s'y trouve presque jamais. Après la face, l'acné pustuleuse siége le plus souvent sur la poitrine et sur la partie supérieure du dos; elle recherche donc les parties du corps les plus élevées; l'ecthyma, au contraire, affectionne de préférence les parties inférieures les plus éloignées du centre; ainsi, c'est surtout à la partie inférieure du dos, à

la région lombaire, aux mains, aux poignets et sur les jambes qu'on le rencontre le plus habituellement. Au point de vue du diagnostic, cette différence de siége a donc déjà une grande valeur. Des différences plus importantes encore seront constatées par l'observation attentive des lésions constituant l'une et l'autre de ces deux affections. Ainsi, dans l'ecthyma à sa période d'état, la lésion tout entière consiste en une pustule entourée à sa base d'un cercle érythémateux; dans l'acné pustuleuse, au contraire, la pustule n'est pas seule, elle n'est que secondaire; elle occupe le centre et le sommet d'une saillie indurée, enflammée, d'un véritable tubercule qui a été la première lésion dans l'ordre d'apparition, et qui, à un moment donné de son évolution, est devenu le siége d'un travail de suppuration qui s'est opéré à son sommet, sans que sa base y ait aucunement participé, sans qu'elle ait cessé d'être dure et tuberculeuse. Ainsi, dans l'acné pustuleuse, la pustule est le résultat de la suppuration qui s'est produite au sommet d'un tubercule. Et maintenant, si nous examinons la pustule de l'acné en elle-même, nous la trouvons perchée sur le sommet d'un tubercule dur, saillant, à large base; nous la trouvons petite, formée par un pus jaunâtre, jaune elle-même, par conséquent, et se terminant par une croûte mince, lamelleuse, jaune aussi, sans adhérence et sans persistance, qui se détache et disparaît sans que le tubercule qui la supportait cesse pour cela d'exister. Ainsi, pas de confusion possible entre deux affections si différentes.

Il en sera de même avec le *sycosis*. D'abord les pustules du sycosis n'existent qu'à la face et dans les régions velues; elles sont profondément situées dans

l'épaisseur du derme, serrées les unes contre les autres, de manière à former des groupes; elles sont traversées à leur centre par un poil, et bientôt leur circonférence s'entoure d'un empâtement, d'une saillie molle, irrégulièrement conformée, constituant les tubercules sycosiques, tubercules à base large, à contours saillants, irréguliers, restant aplatis, ne s'acuminant pas, ne devenant pas pointus, comme les tubercules acnéiques, et formant une partie intégrante, une des lésions constitutives de la mentagre ou sycosis.

Donc il sera toujours très-facile de discerner l'ecthyma de l'impétigo, de l'acné pustuleuse et de la mentagre; les caractères différentiels qui existent entre ces affections sont tellement tranchés que vous les distinguerez toujours très-facilement.

Mais en sera-t-il de même pour le *rupia?* Y a-t-il une distinction à établir entre le rupia et l'ecthyma? Sont-ce deux affections différentes ayant chacune leurs caractères spéciaux, pathognomoniques? Ou bien ne sont-elles qu'une seule et même affection avec de simples nuances dans leur développement et leur intensité? M. Hardy, qui a essayé de faire absorber l'impétigo par l'eczéma, voudrait aussi noyer le rupia dans l'ecthyma et ne conserver dans la nomenclature dermatologique que le nom seul de l'ecthyma. Nous croyons avoir établi et démontré (voir les articles *Éczéma* et *Impétigo*) que l'eczéma et l'impétigo doivent conserver chacun leur autonomie et leur entité morbide individuelles et incontestables; nous allons essayer d'établir le même principe pour l'ecthyma et le rupia.

Ces deux affections diffèrent : 1° par leur lésion élémentaire ou primitive. Cette lésion est une bulle pour

le rupia; elle est une pustule pour l'ecthyma. Or la bulle du rupia se distingue essentiellement de la pustule de l'ecthyma par ses dimensions beaucoup plus considérables, par le liquide sanieux qu'elle renferme, par sa durée très-courte, tellement courte qu'on peut rarement la constater; en effet, elle se crève très-rapidement et alors elle se trouve tout de suite remplacée par une croûte. Ainsi, du côté du rupia, nous trouvons pour lésion primitive une bulle, contenant un liquide sanieux, et tellement peu persistante qu'elle échappe le plus souvent à l'observation. Du côté de l'ecthyma, la lésion élémentaire est une pustule grisâtre, de dimension toujours inférieure à la bulle du rupia, pustule d'un blanc grisâtre durant plusieurs jours, entourée d'un cercle érythémateux à sa base.

2° La croûte du rupia est large, stratifiée en écaille d'huître, peu adhérente, toujours humide, laissant suinter, à travers ses interstices, un liquide sanieux, sanguinolent, puriforme, qui la soulève et qui détache plus ou moins sa base de la peau environnante. La croûte de l'ecthyma est d'une dimension, d'une largeur et d'une épaisseur toujours moins considérables que celle du rupia; elle se distingue par une grande sécheresse et par une adhérence intime au derme dans l'épaisseur duquel elle est enchâssée.

3° L'ulcération du rupia est infiniment plus large, plus étendue, plus profonde que celle de l'ecthyma; elle fournit une suppuration beaucoup plus abondante, plus sanieuse; elle présente tous les caractères d'un ulcère de mauvaise nature; sa forme est irrégulière, tandis que l'ulcération de l'ecthyma conserve toujours la forme nettement arrondie que présentaient la pustule et la

croûte. Ainsi, soit qu'on les envisage au point de vue de leur lésion primitive, de leur croûte et de leur ulcération, il y a entre l'ecthyma et le rupia des différences telles que ces deux affections doivent être considérées comme parfaitement distinctes l'une de l'autre, comme ayant chacune leurs caractères spéciaux, pathognomoniques, individuels, et par conséquent comme devant avoir et conserver chacune leur autonomie et leur dénomination propre.

Diognostic de la nature de l'ecthyma. — Telles sont, Messieurs, les considérations que j'avais à vous présenter relativement au diagnostic du genre ecthyma; il résulte de ce que je viens de vous dire que vous pourrez toujours assez facilement diagnostiquer un ecthyma. Mais cela suffit-il? — Non, assurément; le diagnostic du genre est, je ne crains pas de le dire, la partie la plus petite, la moins importante du diagnostic. Ce qu'il y a de plus important pour le malade, pour le traitement, pour le pronostic, c'est la détermination de la nature de l'ecthyma. Et, en effet, quel est cet ecthyma? Est-ce un ecthyma de cause externe ou ecthyma simplex? est-ce un ecthyma parasitaire? est-ce un ecthyma de cause interne, saisonnier? est-ce un ecthyma cachecticum, syphilitique, dartreux? Le simple énoncé de ces différents termes du diagnostic suffit pour vous en faire tout de suite comprendre l'importance capitale et le côté pratique, puisque c'est seulement sur ce diagnostic que vous pouvez asseoir la médication et formuler votre pronostic. Quels sont donc les caractères à l'aide desquels vous pourrez distinguer les différentes natures de l'ecthyma?

1° Vous établirez que l'ecthyma est *idiopathique* et

de cause externe lorsqu'il ne siégera qu'aux seules régions sur lesquelles la cause morbide aura porté son action; il en est ainsi de l'ecthyma professionnel, que vous ne devrez rencontrer qu'aux seuls endroits du corps qui auront subi les atteintes malfaisantes de telle ou telle profession. Mais cette première condition ne suffit pas; il faut encore que vous ne trouviez dans l'économie, dans la constitution du malade, dans la santé générale, aucun vice cachectique, dartreux ou syphilitique, car alors la cause externe, professionnelle ou autre, aurait agi seulement comme cause *déterminante;* la vraie, la véritable cause serait une cause générale diathésique, et la maladie cutanée ne serait plus locale ou idiopathique; elle serait symptomatique, bien que résultant en apparence de l'action d'une cause externe.

2° Vous direz que l'ecthyma est *parasitaire*, concomitant ou symptomatique de la gale, lorsque vous le trouverez sur les régions qui sont le siége habituel de la gale, c'est-à-dire les espaces interdigitaux, le poignet, le pli du coude, l'auréole des seins, le ventre, etc.; lorsque, sur ces mêmes régions, vous trouverez, en même temps que les pustules de l'ecthyma, des papules de prurigo ou de lichen, des plaques d'eczéma ou d'impétigo. En effet, un des caractères auxquels vous reconnaîtrez qu'une affection est parasitaire, c'est lorsque vous la verrez côte à côte, dans les régions habituelles au parasite, avec d'autres affections d'espèce et de lésion anatomique primitive différentes. Vous diagnostiquerez surtout le caractère parasitaire d'un ecthyma, lorsque, en outre du siége, en outre de la diversité des affections cutanées existant simultanément sur ce même siége, vous constaterez les vésicules et les sillons de la

gale ; ce sera là le cachet, le trait principal et lumineux de la nature parasitaire de l'ecthyma ; mais la constatation des vésicules et des sillons acariens n'est pas toujours facile, elle est même quelquefois impossible ; en voici la raison : les diverses affections qui existent ensemble à l'état de complication, de symptômes de la gale, de conséquence et d'expression de l'inflammation causée et entretenue dans l'épaisseur du derme par les acares, ces diverses affections, dis-je, telles que l'ecthyma, l'eczéma le lichen, le prurigo, l'impétigo, sont toutes représentées par des lésions cutanées plus saillantes, plus plantureuses, permettez-moi cette qualification, que les lésions acariennes, de sorte que ces dernières sont souvent comme étouffées et complétement cachées par les autres, tellement qu'il est impossible de les voir. Dans ce cas, on se trouve privé, pour le diagnostic, de l'élément le plus important. Mais cet élément n'est pas indispensable, car avec les considérations de siége, d'existence simultanée d'affections cutanées d'espèces différentes, si le malade vous dit que chaque soir, chaque nuit, à la chaleur du lit, et aussi, quelle que soit l'heure de la journée, sous l'influence du calorique, il ressent de plus vives démangeaisons, des besoins irrésistibles de se gratter ; s'il vous dit que les personnes avec lesquelles il est en contact sont atteintes des mêmes accidents, vous ne devrez conserver aucun doute sur la nature parasitaire de l'ecthyma, quand même il vous serait absolument impossible de découvrir la moindre trace des sillons et des vésicules appartenant en propre à la gale.

3° Vous reconnaîtrez que l'ecthyma est *essentiel et de cause interne*, lorsque vous le verrez survenir après quelques troubles généraux, quelques légers accidents

fébriles, quelques désordres des fonctions digestives, un peu d'anorexie, etc. Si vous voyez une poussée ecthymateuse se produire dans ces conditions, après un ou deux jours de cet état général prodromique; si vous ne pouvez constater l'action directe d'aucune cause locale ou externe; si vous ne découvrez pas la moindre trace de la gale, et s'il n'y a rien qui soit en rapport avec les symptômes d'une affection parasitaire; si la constitution du malade est exempte de tout vice herpétique et syphilitique et de tout état cachectique; si toutes ces conditions se trouvent réunies, vous pourrez affirmer que vous avez affaire à un ecthyma saisonnier fébrile, essentiel, de cause interne; en d'autres termes, à une fièvre ecthymateuse.

4° Vous diagnostiquerez la nature *cachectique* de l'ecthyma, c'est-à-dire que l'ecthyma existe comme symptôme de la dégradation des forces, de la détérioration de la constitution et de l'affaiblissement général, lorsque, en dehors de toute diathèse herpétique ou syphilitique, vous le rencontrerez chez un individu mal portant, amaigri, épuisé par les privations, la maladie, la mauvaise nourriture, la misère ou les excès de tout genre. Dans ce cas, vous le trouverez principalement aux membres inférieurs : ainsi, chez l'enfant à la mamelle, chez l'adulte et chez le vieillard dans la décrépitude sénile.

5° Vous direz que l'ecthyma est *de nature herpétique*, lorsque vous le verrez chez un individu dartreux, chez lequel vous saurez, par les commémoratifs, qu'il a existé antérieurement des manifestations dartreuses, ou chez lequel vous constaterez encore actuellement quelques-unes de ces manifestations. Dans ce cas, vous le trouve-

rez siégeant très-souvent aux membres inférieurs et disposé avec une certaine symétrie, comme presque toutes les lésions cutanées dartreuses.

6° Vous déclarerez l'ecthyma *syphilitique* dans deux cas bien différents : 1° lorsque vous le verrez se développer cinq ou six semaines après le chancre primitif, il sera alors une manifestation de la syphilis maligne galopante ; vous le trouverez dans ce cas généralisé, mais occupant surtout les parties supérieures, le front, le cuir chevelu, le dos, la poitrine ; 2° la syphilis maligne galopante étant heureusement rare, le plus souvent l'ecthyma syphilitique constituera un accident tertiaire tardif ; l'étude des antécédents du malade, la constatation d'autres accidents antérieurs ou concomitants, le siége des lésions à la tête, à la face, aux commissures buccales, les douleurs nocturnes, névralgiques, myalgiques, arthralgiques, ostéocopes, vous serviront à établir la spécificité de l'ecthyma.

V. PRONOSTIC.

Envisagé en lui-même et seulement au point de vue de la lésion anatomique qui le constitue, l'ecthyma devra nous faire porter un pronostic toujours un peu sérieux. En effet, dans l'ecthyma, le derme est entamé, creusé, ulcéré ; cette ulcération est peu importante en elle-même, sans doute, mais elle devient douloureuse, elle s'enflamme, elle s'agrandit sous des influences que nous avons indiquées plus haut ; le fait seul d'une ulcération a plus de gravité, vous le comprenez facilement, qu'une simple tache congestive, qu'une papule. Cela

posé, hâtons-nous de dire que le pronostic de l'ecthyma variera suivant sa nature.

Ainsi l'*ecthyma simplex*, idiopathique, de cause externe ou professionnel, ne sera jamais grave, à la condition que la cause sous l'influence de laquelle il s'est développé soit supprimée : *sublata causa tollitur effectus*. Il en sera de même de l'ecthyma *parasitaire*, qui cède rapidement à un traitement émollient et qui disparaît complétement après la destruction des acares. Il en sera de même encore de l'ecthyma de cause interne, de la fièvre ecthymateuse, dont la durée n'est jamais longue, et qui cesse au bout de cinq à dix jours.

Mais tout autre sera le pronostic de l'*ecthyma cachecticum*. L'affection cutanée ici aura toujours une très-grande gravité. Elle sera grave d'abord en elle-même par le fait de sa généralisation, de la multiplicité des ulcérations qui envahiront la peau, et qui, par les douleurs, par la suppuration qu'elles entraîneront, contribueront encore à détériorer davantage la santé générale déjà sérieusement atteinte. Elle sera grave surtout parce qu'elle n'existera qu'à titre de symptôme ; elle sera en effet symptomatique d'une cachexie ; elle contribuera par elle-même à aggraver cette cachexie, à l'existence de laquelle elle se trouve liée ; elle durera autant qu'elle, et trop souvent elle ne se terminera, comme elle, que par la mort du malade.

Le pronostic de l'*ecthyma herpétique* sera grave pour deux raisons : la première, parce que l'herpétisme sera exprimé par une lésion cutanée grave en elle-même, puisqu'elle est ulcéreuse, et que nous pourrons appeler une *herpétide maligne ;* la deuxième, parce que l'ecthyma, par le seul fait de son existence, comme symp-

tôme d'une diathèse, comporte toujours avec lui l'idée réelle d'un état plus ou moins cachectique, soit que la cachexie préexiste à cette diathèse, qu'elle résulte de causes absolument étrangères à cette diathèse, qu'elle existe en dehors et indépendamment d'elle; soit, au contraire, que la cachexie découle de cette diathèse même et qu'elle en soit la conséquence directe et immédiate; dans l'un et l'autre cas, la santé générale sera sérieusement compromise, et par conséquent vous devrez porter sur le *symptôme* de cet état général mauvais, c'est-à-dire sur l'ecthyma, un pronostic grave.

Les mêmes considérations s'appliquent à l'*ecthyma syphilitique*. Tantôt, en effet, vous trouverez l'ecthyma, à une époque précoce de la syphilis, aux lieu et place des accidents cutanés habituels, tels que la roséole et la syphilide papuleuse; dans ce cas, il sera symptomatique d'une syphilis maligne galopante, et vous indiquera par conséquent que l'imprégnation syphilitique existe dans l'économie à son plus haut point de gravité et d'intensité. Tantôt, au contraire, vous trouverez l'ecthyma à l'époque des accidents tardifs et tertiaires. Dans ce cas encore, vous aurez à porter sur lui un pronostic sérieux, puisqu'il vous montrera que la constitution est depuis longtemps sous l'influence de la syphilis et qu'elle en est restée profondément atteinte, malgré les divers traitements que le malade a pu subir.

Telles sont les considérations que j'avais à vous présenter sur le pronostic de l'ecthyma; arrivons maintenant au traitement de cette affection.

DIX-SEPTIÈME LEÇON

Ecthyma *(suite et fin)*.

VI. TRAITEMENT DE L'ECTHYMA.

N'oublions pas que l'ecthyma est une affection de nature inflammatoire. Chaque pustule est le résultat d'une petite portion du derme qui a suppuré sous l'influence de l'inflammation dont elle a été et dont elle est encore le siége; la nature inflammatoire de la pustule ecthymateuse est démontrée par le cercle érythémateux qui entoure sa base, par la sensation de chaleur, de cuisson et de tension éprouvée par les malades, et par l'élévation de température très-appréciable sur la région où s'est produite la poussée; or de ces données il résulte que le traitement de la lésion ecthymateuse à sa période pustuleuse devra être purement émollient. Le meilleur topique à employer sera, comme pour l'eczéma, comme pour l'impétigo, le cataplasme de fécule de pommes de terre bien cuite, réduite en gelée; les cataplasmes seront appliqués tièdes, à la température de la peau, et changés trois fois dans les vingt-quatre heures; ils seront continués jusqu'à la cicatrisation de la surface dermique ulcérée.

Le traitement local de la période croûteuse de l'ecthyma devra être nul au point de vue des topiques. Il

faudra éviter soigneusement tout grattage, toute violence qui pourrait détacher les croûtes prématurément. Ces croûtes devront être considérées comme des organes de protection qu'il faudra ménager avec le plus grand soin; elles recouvrent en effet comme d'une sorte de carapace les parties dermiques ulcérées et non encore cicatrisées ; elles les préservent du contact de l'air et de tout contact extérieur irritant; elles favorisent donc ainsi leur cicatrisation. Si les croûtes se détachent, malgré les soins que vous apporterez à leur conservation, avant la cicatrisation de l'ulcération sous-jacente, vous devrez panser cette ulcération suivant son étendue, sa profondeur et sa nature. Si elle marche rapidement vers la guérison par un bourgeonnement rapide, vous vous contenterez d'un pansement avec la poudre d'amidon ou le cérat. Si, au contraire, l'ulcération est grisâtre, sanieuse, si elle a mauvais aspect, vous la modifierez dans sa vitalité avec le nitrate d'argent, avec la teinture d'iode, avec le vin aromatique, avec l'alcool camphré, ou une pommade excitante, telle que l'onguent styrax ; c'est-à-dire que vous traiterez localement la lésion anatomique qui constitue l'ecthyma.

Mais est-ce là tout le traitement de l'ecthyma? Non, certes; je n'ai fait que vous indiquer à grands traits, d'une manière tout à fait sommaire et générale, ce que doit être la médication externe de la lésion générique. Il faut maintenant envisager la question à un point de vue plus médical, plus clinique, plus élevé, et nous demander s'il n'y a pas autre chose à faire que ce traitement externe, si une médication interne ne doit pas être instituée, et quelle doit être cette médication suivant les diverses formes et les diverses natures de l'ecthyma.

1° L'*ecthyma de cause externe, idiopathique ou professionnelle*, n'ayant aucune racine dans l'économie, résultant uniquement de l'action irritante de causes venant du dehors, sera traité par des moyens purement locaux et agissant directement sur la région malade : ainsi, d'abord et avant tout, la cessation de la cause malfaisante; la suppression de tout travail ayant pu produire sur la peau l'irritation ou l'inflammation qui ont donné lieu à l'ecthyma; comme ce sont habituellement les mains et les avant-bras qui sont le siége de l'ecthyma de cause externe, on aura soin de ne pas laisser les parties malades dans la position déclive; on les tiendra enveloppées de grands cataplasmes de fécule de pommes de terre; on prescrira tous les jours un ou deux bains locaux émollients; quand les pustules se seront ouvertes et que les parties dermiques sous-jacentes seront à peu près complétement cicatrisées, on pourra remplacer les cataplasmes par de la poudre d'amidon; on aura bien soin de recommander au malade de ne point se gratter, d'éviter toute irritation locale, de ne point reprendre son travail avant une guérison complète, et même quelquefois il faudra l'engager à changer de profession, afin d'éviter les rechutes, si l'on juge sa peau trop impressionnable pour pouvoir supporter l'action irritante inhérente à telle ou telle profession.

2° L'*ecthyma saisonnier de cause interne* (la fièvre ecthymateuse), en outre de ces mêmes moyens locaux, vous fournira des indications spéciales à remplir. Puisqu'il existe sous l'influence d'un trouble général dont il est la conséquence, il faudra soigner ce trouble général, prescrire le repos, des boissons rafraîchissantes, un vo-

mitif suivi d'une ou deux purgations, si vous constatez de la dyspepsie, de l'inappétence, de l'embarras gastrique.

3° L'*ecthyma parasitaire* symptomatique de la gale, étant causé et entretenu par les acares, vous fournira comme indication primitive la destruction de ces acares par un traitement parasiticide spécial. Mais j'ai à vous signaler ici, et à ce propos, une très-grande difficulté et un embarras par lesquels vous vous trouverez souvent arrêtés. L'existence des pustules ecthymateuses sur les régions où vivent les acares sera une contre-indication formelle pour le traitement parasiticide. En effet, une friction sur la peau, assez énergique pour ouvrir et déchirer les vésicules et les sillons acariens, commencerait par ouvrir et déchirer les pustules ecthymateuses ; elle augmenterait, elle agrandirait les ulcérations sous jacentes, et quand, sur ces ulcérations ainsi avivées et agrandies, on ferait une seconde friction avec une pommade aussi irritante que la pommade d'Helmerich, on déterminerait par cela même, sur toutes ces parties dermiques ainsi mises à nu, une irritation excessive qui se traduirait par des douleurs atroces, insupportables, par une inflammation intense de tout le derme d'abord, puis du tissu cellulaire sous-cutané, en un mot par des accidents locaux assez sérieux pour amener de la fièvre et des troubles généraux. En pareil cas donc, il n'y a pas à songer au traitement de la gale : il faut commencer par soigner les complications de la gale avant de soigner la gale elle-même. Nous l'avons dit plus haut, un des caractères des affections cutanées parasitaires, symptomatiques ou concomitantes de la gale, c'est *la diversité* de ces affections. Un autre de leurs caractères, c'est *la*

facilité et la rapidité avec lesquelles elles se guérissent, bien différentes en cela des affections de nature herpétique, qui sont toujours longues, tenaces dans leur durée et longtemps réfractaires à tout traitement. Vous vous adresserez donc d'abord à ces affections symptomatiques, et puisque nous n'avons à nous occuper ici que de l'ecthyma, vous le soumettrez au traitement que nous avons établi plus haut. Vous prescrirez des bains locaux, émollients, et des cataplasmes de fécule de pommes de terre en permanence. Au bout de quelques jours (huit à dix jours), l'ecthyma parasitaire aura disparu, et alors seulement vous pourrez sans danger soumettre les malades au traitement de la gale, c'est-à-dire les frictionner fortement au savon noir, puis leur faire prendre un bain, au sortir duquel vous leur ferez une deuxième friction avec de la pommade d'Helmerich.

4° *Ecthyma cachecticum.* — Nous avons ici affaire à une des natures les plus graves de l'ecthyma; nous trouvons les pustules réparties, disséminées sur tout le corps et en particulier sur les membres inférieurs. C'est dans ce cas surtout, et en raison même de cette dissémination, de cette généralisation des pustules, qu'il faut ménager avec le plus grand soin les croûtes, car si elles se détachaient avant la cicatrisation des ulcérations sous-jacentes, on comprend facilement dans quel embarras on se trouverait pour le pansement de ces ulcérations, en raison de leur multiplicité. On comprend aussi dans quel danger se trouverait le malade par le fait seul d'ulcérations si nombreuses, à nu et en suppuration. Il faut donc avant tout, et c'est là le seul traitement local à employer, il faut conserver les croûtes avec

l'espoir que, grâce au traitement général, la cicatrisation s'opérera petit à petit sous leur abri protecteur.

Le traitement général doit appeler toute votre attention, et c'est par lui que vous devez espérer, pour la constitution épuisée, cachectisée, une modification salutaire dont le contre-coup sera la guérison de l'ecthyma. Vous aurez donc à faire ici le traitement de la *cachexie;* et ce traitement devra être déduit des causes qui l'auront occasionnée et de l'âge du malade. S'agit-il d'un enfant de quelques mois seulement, mal nourri, ayant une mauvaise nourrice, ou ne recevant qu'une alimentation artificielle, comme il arrive si souvent, alimentation grossière, lourde, d'une digestion difficile et tout à fait disproportionnée et en désaccord complet avec la faiblesse du tube gastro-intestinal? — C'est là en effet, avec le défaut de soins, de propreté et d'aération, une des causes les plus habituelles de la cachexie des nouveau-nés, et par suite de l'ecthyma qui en est la conséquence. — Eh bien! dans ce cas, malheureusement si fréquent, vous vous hâterez de changer le plus vite et le plus complétement possible toute l'hygiène de ces malheureux petits êtres. Vous leur donnerez une bonne nourrice; vous supprimerez toute nourriture, toute boisson autres que le lait de la nourrice; vous prescrirez tous les soins de la propreté la plus minutieuse : des bains, des lavages fréquents, du linge souvent renouvelé et soigneusement lessivé. Vous panserez les ulcérations dépourvues de croûtes avec une poudre siccative, telle que la poudre de lycopode ou d'amidon; ou bien avec une pommade légèrement excitante, telle que l'onguent styrace. Vous ne manquerez pas de veiller à l'hygiène de l'appartement occupé par l'enfant, à sa

bonne aération. Vous interdirez inexorablement ces rideaux épais dont on a l'habitude d'entourer les enfants, et qui concentrent autour d'eux un air méphitique qui ne peut pas être renouvelé ; n'oubliez pas que les enfants, par cela même qu'ils se salissent, ont besoin de respirer un air plus pur et plus renouvelé. Vous prescrirez pour eux des sorties, des promenades ; sous l'influence de ces moyens divers, vous verrez souvent ces petits êtres promptement métamorphosés, vous les verrez reprendre de la fraîcheur, engraisser, et, à mesure que leur santé s'amendera, vous constaterez la guérison de l'ecthyma.

L'ecthyma cachecticum de l'adulte, symptôme d'une cachexie tenant à des excès, à une mauvaise hygiène, à une nourriture défectueuse..... sera combattu par des moyens semblables.

Il en est de même de l'*ecthyma cachecticum* du vieillard, que vous combattrez par des soins de propreté, par une bonne hygiène, par une alimentation succulente et par l'usage des boissons alcooliques, par des vins généreux, tels que les vins de Bordeaux, reconstituants entre tous, grâce à la grande quantité de tannin qu'ils contiennent. Les vins de Champagne mousseux seront très-utiles, par leurs propriétés excitantes, pour réveiller, pour stimuler l'appétit et les fonctions digestives ; vous les étendrez de certaines eaux minérales toniques, telles que les eaux de la Bauche, de Marcols, d'Orezza ; vous prescrirez aussi l'eau-de-vie ; 50 ou 60 grammes de vieux cognac ou de rhum, additionnés de café, ou d'eau et de sirop de quinquina, ou de sirop d'écorces d'oranges amères, seront pour chaque jour une liqueur éminemment propre à rétablir une constitution délabrée, dégradée par l'âge et par la misère.

Vous ne négligerez pas, bien entendu, les viandes noires, rôties, saignantes, les œufs, la viande crue, en un mot tout ce qui peut rehausser, ranimer le principe vital prêt à s'éteindre. Autant que possible, vous ferez prendre de l'exercice aux malades, soit à pied, soit en voiture; vous les exposerez à l'action du soleil et de l'air extérieur; vous les forcerez à rester levés le plus longtemps possible, car les vieillards supportent mal le lit; la position horizontale incessamment conservée, l'absence de tout exercice, contribuent à les débiliter en les privant du stimulus dont ils ont besoin pour l'accomplissement de leurs fonctions physiologiques. Avec tous ces soins, et à l'aide de tous ces moyens hygiéniques et médicamenteux, vous prolongerez souvent d'une manière inespérée des existences qui semblaient être arrivées à leur extrême limite, et vous leur rendrez une vigueur qu'elles ne devaient plus connaître. En agissant ainsi sur l'ensemble de l'économie, et à mesure que vous la verrez revenir à un état meilleur, vous verrez en même temps que l'ecthyma s'arrête dans son développement, qu'il ne se produit plus de nouvelles poussées, qu'il ne se forme plus de nouvelles pustules, et que les anciennes croûtes se détachent progressivement, quand les parties dermiques qu'elles recouvraient sont devenues le siége d'une bonne cicatrice.

Ecthyma herpétique. — C'est une *herpétide maligne*, grave par elle-même, c'est-à-dire par la lésion anatomique qui la constitue. Il faut la soigner *en elle-même* et *comme lésion*, par les moyens que nous avons indiqués plus baut. C'est une *herpétide*, c'est-à-dire une lésion symptomatique de la diathèse herpétique ; il

faut donc attaquer cette diathèse par les préparations arsenicales, faire prendre chaque jour au malade 6 ou 9, ou 12 des pilules suivantes :

Arséniate de soude.	1 milligramme.
Extrait de gentiane.	10 centigrammes.

Mêlez pour chaque pilule.

Ces pilules seront prises en trois doses, deux, trois ou quatre à la fois et en mangeant, à chaque repas. Rappelons ce fait, sur lequel nous insisterons plus spécialement dans un autre chapitre, à savoir que les médicaments altérants ou antidiathésiques doivent être pris pendant le repas ; ils sont alors plus facilement absorbés et assimilés en même temps que les aliments le sont eux-mêmes, et ils ne nécessitent pas à l'estomac un travail supplémentaire et toujours fatigant pour cet organe, comme celui auquel il doit se livrer pour l'absorption et l'assimilation des médicaments pris en dehors et dans l'intervalle des repas. — Au lieu de donner l'arsenic sous la forme pilulaire, on peut l'administrer à l'état de solution et faire prendre à chacun des trois repas de la journée une grande cuillerée de la solution suivante :

Eau distillée.	500 grammes.
Arséniate de soude.	10, 12 ou 15 centigr.

En troisième lieu, l'*ecthyma herpétique* n'est pas seulement une *herpétide maligne*, ce n'est pas seulement un symptôme de la diathèse herpétique ; il est encore un symptôme d'un état général mauvais et d'une constitution plus ou moins détériorée. Par conséquent, vous aurez à soigner non pas seulement la lésion cutanée en elle-même, non pas seulement la diathèse herpétique,

mais encore la constitution détériorée du malade. Il vous faudra donc traiter à la fois : 1° la lésion ou le symptôme de la maladie, c'est-à-dire l'ecthyma ; 2° la maladie elle-même, c'est-à-dire la diathèse herpétique ; 3° le malade, c'est-à-dire un tempérament devenu défectueux, une constitution plus ou moins épuisée, une santé générale détériorée. Cette dernière et importante indication sera remplie par les divers médicaments dits analeptiques, tels que les amers, le quinquina, les diverses préparations ferrugineuses, les diverses eaux minérales reconstituantes... Ces médicaments seront administrés concurremment avec l'une ou l'autre des préparations arsenicales indiquées plus haut.

Ecthyma syphilitique.—Ainsi que nous l'avons dit plus haut, il est tantôt précoce, et alors symptomatique de la syphilis maligne galopante, tantôt tardif, et alors symptomatique des accidents tertiaires. Dans l'un et l'autre cas, il indique deux choses différentes et cependant ayant entre elles une étroite connexité ; la première, c'est que la diathèse syphilitique est là, existant avec une intensité considérable, excessive, et que la constitution en est profondément imprégnée et saturée ; la deuxième, c'est que cette imprégnation et cette saturation ont imprimé à la constitution un degré plus ou moins prononcé, mais toujours réel, de détérioration, d'épuisement, de cachexie, en supposant que la constitution n'aurait pas été déjà primitivement détériorée. Delà cette conséquence, au point de vue du traitement, qu'il faudra toujours, un cas d'ecthyma syphilitique étant donné, apporter une attention toute spéciale à l'état général des forces et de la santé, et, comme nous le disions plus haut, soigner le

malade en même temps que la maladie. Il ne faut jamais oublier que pour qu'un traitement diathésique soit bien supporté et produise les résultats qu'on est en droit d'en attendre, la santé générale doit être relativement bonne, les fonctions physiologiques et spécialement les fonctions digestives relativement normales. Si vous administrez des médicaments altérants, tels que le mercure, l'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, les ferrugineux, etc., à un malade ayant de la fièvre, de l'inappétence, du dégoût pour les aliments, de mauvaises digestions, de la diarrhée, vous ne ferez qu'augmenter les accidents généraux; les médicaments deviendront une nouvelle cause de troubles fonctionnels plus accentués encore, et comme il y a une relation intime entre l'état général et les lésions locales, cutanées ou autres, l'état général devenant plus grave, les lésions locales s'aggraveront encore. Donc l'ecthyma syphilitique, par le seul fait de son existence, vous impose l'obligation de tenir, avant tout, le compte le plus sérieux de la santé générale. Il vous indiquera que vous êtes en face de la diathèse syphilitique, mais il vous indiquera en même temps que vous êtes en face d'un état cachectique, et que, avant de soigner la syphilis, il faut avoir déjà remédié à la cachexie. Vous obtiendréz ce premier résultat par une hygiène sagement conduite, habilement ménagée; vous placerez le malade dans les meilleures conditions d'habitation, d'aération ; vous lui ferez prendre de l'exercice, soit à pied, soit en voiture; vous soignerez son moral en lui fournissant toutes les distractions, toutes les satisfactions compatibles avec son état ; vous soignerez les fonctions digestives en administrant un vomitif, puis

une ou plusieurs purgations, et de préférence des purgations salines naturelles, toujours plus faciles à digérer, telles que les eaux de Birmenstorff, de Pullna, d'Hunyadi-Ianos, que vous donnerez à petites doses, un ou deux verres, quelquefois un demi-verre seulement le matin à jeun, et cela renouvelé autant de fois que l'indiqueront l'état de la langue, de l'estomac et de l'intestin; en même temps vous prescrirez des tisanes amères, de la macération de quinquina, de quassia amara, des infusions amères et aromatiques, des boissons acidulées, des eaux minérales naturelles toniques, apéritives, reconstituantes, telles que les eaux de la Bauche, d'Orezza, de Marcolz, de Condillac, qui seront prises comme boisson ordinaire aux repas, coupées avec des vins généreux; et, en dehors des repas, édulcorées avec des sirops amers et tanniques, tels que le sirop de quinquina, le sirop d'écorces d'oranges amères. — Pour relever les forces digestives, vous retirerez encore de bons résultats de l'usage de la strychnine, que vous ferez prendre de la manière suivante :

Eau distillée.	120 grammes.
Sulfate de strychnine. . . .	2 centigrammes.
Sirop de menthe.	30 grammes.

Vous prescrirez une grande cuillerée de cette potion à prendre immédiatement avant chacun des trois repas de la journée. Administrée de cette manière, la strychnine est un excellent stimulant, non pas seulement pour les fonctions digestives, mais encore pour tout l'ensemble de l'organisme; elle donne un coup de fouet

salutaire pour réveiller, pour ranimer toutes les fonctions physiologiques et en particulier les fonctions digestives devenues languissantes.

Lorsque, sous l'influence de ces moyens divers, l'état général est devenu meilleur, lorsque la fièvre s'est calmée, que la langue est devenue plus nette et plus humide et que l'appétit a reparu, c'est alors, mais alors seulement, que les médicaments spécifiques peuvent et doivent être administrés. L'ecthyma syphilitique est une lésion ulcéreuse, symptomatique, d'une syphilis devenue d'emblée très-grave, ou existant depuis une longue durée, et dont il est alors un des accidents tertiaires et caractéristiques. C'est donc à l'iodure de potassium que vous devez surtout avoir recours; c'est le médicament héroïque par excellence. Vous le donnerez à la dose de 1 à 2 ou 3 grammes par jour; une dose plus forte pourrait fatiguer l'estomac, et amènerait de nouvelles complications gastro-intestinales qui remettraient tout en question. Il y a plusieurs manières de donner l'iodure de potassium : vous le ferez prendre en solution dans de l'eau, ou bien en solution dans du sirop d'écorces d'oranges amères. Vous le donnerez en deux ou trois doses, pour ménager l'estomac, soit dans l'intervalle des repas et en dehors du travail de la digestion, soit pendant les repas. Nous vous conseillons de le donner de préférence dissous dans une liqueur douée de précieuses propriétés dépuratives; c'est l'essence alcaline iodurée de salsepareille de fontaine. Chaque cuillerée de cette liqueur, en outre des principes dépuratifs, fixes et volatils de la salsepareille, contient 50 centigrammes d'iodure de potassium. Nous en prescrivons habituellement de 2 à 4 par jour, en deux doses; chaque dose est prise

dans un quart de verre d'eau. — Il y a des cas dans lesquels on se trouve bien d'associer le mercure à l'iodure de potassium. C'est dans ces cas que vous pourrez prescrire le sirop de Gibert, dont les principes actifs sont l'iodure de potassium et le biiodure de mercure ; chaque cuillerée contient 1 centigramme de biiodure de mercure et 50 centigrammes d'iodure de potassium. Nous donnons ce sirop de préférence avec un peu d'eau; nous n'en prescrivons jamais plus d'une ou de deux cuillerées par jour. Cette préparation a l'inconvénient d'être souvent mal supportée, de fatiguer l'estomac, et d'avoir une saveur très-désagréable et tellement répugnante que beaucoup de malades ne peuvent pas s'y habituer. Dans ce cas, nous préférons donner l'iodure de potassium et le mercure isolément; en dehors de l'iodure de potassium, nous prescrivons chaque jour une pilule de protoiodure de mercure de 0,03, dont voici la formule :

Protoiodure d'hydrargyre.	0,03.
Extrait de gentiane.	0,10.
Extrait d'opium	0,01.

Mêlez pour chaque pilule.

D'autres fois, nous faisons absorber le mercure par la méthode endermique, au moyen de frictions faites chaque jour, sur les régions où la peau a le plus de finesse, avec l'onguent napolitain. Répétons à propos de la syphilis ce que nous avons dit tout à l'heure pour l'herpétisme. L'ecthyma annonce toujours un certain degré de cachexie. Aussi devez-vous soigner, non pas seulement la diathèse syphilitique par l'iodure de po-

tassium et le mercure, mais encore l'état cachectique par diverses préparations ferrugineuses, telles que les pilules de Vallet, le sirop de protoiodure de fer, le vin de quassia ferrugineux de Follet, l'essence ferrugineuse de salsepareille de fontaine, le chocolat ferrugineux de Julliard, que vous ferez prendre aux repas. Vous ne négligerez pas le vin de quinquina et une alimentation tonique et réparatrice.

Nous avons dit plus haut qu'il faut ménager et respecter autant que possible les croûtes, en raison de la protection dont elles couvrent les parties dermiques excoriées sous-jacentes. Cette importante considération vous imposera l'obligation d'être sobres de bains. Vous n'en prescrirez qu'avec réserve, en raison de l'inconvénient qu'ils ont d'amollir, de détremper et de faire tomber les croûtes. Mais vous n'hésiteriez pas à en prescrire si les croûtes s'étaient détachées, laissant à nu les ulcérations non encore cicatrisées. Dans ce cas, des bains toniques, légèrement excitants, seraient utiles, soit au point de vue de la santé générale, soit au point de vue de l'état local; ainsi des bains gélatineux, aromatiques, produiraient de bons effets. C'est ainsi que vous devez comprendre le traitement de l'ecthyma syphilitique.

Nous en avons fini avec l'ecthyma ; vous voyez combien est étendue son histoire, combien elle revêt de formes diverses, sous combien d'aspects différents elle se présente, et combien aussi vous trouvez de variétés dans sa nature et par conséquent dans sa marche, dans son évolution, dans sa gravité. Il en est ainsi, j'ai eu déjà bien souvent l'occasion de vous le montrer, de presque toutes les maladies de la peau qui se pré-

sentent à vous le plus souvent comme symptomatiques des états pathologiques les plus divers, et qui, par conséquent, se lient de la manière la plus intime à la pathologie interne dont elles constituent une partie intégrante et inséparable.

L'ecthyma s'affirme par des caractères tellement tranchés, que tous les dermatologistes sont d'accord pour lui conserver son autonomie et son individualité propre. Nous avons même vu que le professeur Hardy veut lui annexer le rupia, qui perdrait son nom pour ne plus être que la forme la plus grave de l'ecthyma. Le professeur Hébra le range, avec l'impétigo, dans le quatrième groupe des *dermatoses exsudatives chroniques*, et il donne à ce quatrième groupe le nom de *dermatoses pustuleuses*, parce que, dit-il, dans les deux affections qui lui appartiennent (ecthyma et impétigo), les pustules s'aperçoivent dès le début et constituent toute l'éruption.

DIX-HUITIÈME LEÇON

Aoné.

Messieurs,

Nous sommes ici en présence d'une des affections les plus importantes de toute la dermatologie. L'acné se recommande à toute votre attention, non pas parce qu'elle recèle en elle-même, comme certaines autres maladies cutanées, telles que l'ecthyma, le pemphigus, le rupia surtout, un caractère incontestable de gravité ; non pas parce que, comme les trois maladies que je viens de nommer, elle est constituée par des lésions de la peau malignes et toujours sérieuses par elles-mêmes, ou bien parce que, comme ces trois mêmes maladies, elle est le plus souvent un symptôme d'un état cachectique ou d'une diathèse profondément enracinée, et sévissant avec son maximum d'intensité. Non, ce n'est point à tous ces titres que l'acné est importante. Son importance, nous la trouverons dans la multiplicité de ses formes, de ses expressions séméiotiques, de ses siéges, de ses aspects, de ses symptômes, de ses lésions constitutives ; nous la trouverons encore dans sa fréquence, dans sa durée toujours longue, dans sa ténacité, dans l'opiniâtreté avec laquelle elle résiste souvent

aux traitements les mieux entendus; nous la trouverons enfin dans les difformités qu'elle produit; et quand je vous aurai dit que son siége est la face, vous comprendrez tout de suite combien il y a d'intérêt pour vous à la bien connaître.

Nous définirons, avec M. Bazin, l'acné en disant qu'elle est une affection de la peau caractérisée tantôt par une lésion des glandes sébacées, tantôt par un simple trouble fonctionnel de ces glandes ou des glandes annexes des poils.

Il y a donc, par rapport au siége de la maladie, deux classes bien différentes d'acnés; dans l'une, ce sont les glandes sébacées qui sont lésées; dans l'autre, ce sont les glandes annexes des poils.

Chacune de ces deux classes comprend deux divisions : ainsi, dans l'acné des glandes sébacées, ce sont tantôt ces glandes elles-mêmes qui sont malades et lésées anatomo-pathologiquement, soit dans leur propre substance, soit seulement dans leur canal excréteur, soit à la fois et en elles-mêmes et dans leur canal excréteur; tantôt, au contraire, la glande et le canal excréteur restent intacts au point de vue anatomique, ils conservent leur intégrité de texture, mais la glande devient le siége d'une sécrétion vicieuse sous divers rapports. Il y a donc deux sortes d'acnés des glandes sébacées : la première consiste en une lésion de tout l'appareil ou seulement d'une partie de l'appareil sécréteur; la deuxième dépend d'un simple trouble fonctionnel de cet appareil resté sain.

Et de même, dans l'acné des glandes annexes des poils, nous retrouvons les deux mêmes variétés de la maladie : tantôt ce sont les glandes elles-mêmes, avec ou

sans leur canal excréteur, qui sont atteintes et altérées dans leur état anatomique ; tantôt, au contraire, elles restent intactes, indemnes de toute lésion, leur sécrétion seule est devenue vicieuse ; de sorte que, pour les glandes annexes des poils, nous trouvons, comme pour les glandes sébacées, deux sortes d'acnés : l'acné par lésion de l'appareil sécréteur, en totalité ou en partie, et l'acné par simple trouble de la sécrétion.

Voulons-nous maintenant rechercher quelle est la *lésion élémentaire*, la *lésion mère*, la *lésion anatomique primitive* de l'acné? La trouverons-nous toujours *une* et toujours la même, comme dans l'ecthyma, l'impétigo, le rupia, l'eczéma, le lichen? — Non ; la même diversité que nous venons de constater relativement à son siége, à son individualité et à sa constitution morbides, nous allons la constater aussi relativement à sa lésion anatomique primitive ; nous allons voir que cette lésion est variable, multiple, complexe.

Ainsi, tantôt nous trouverons qu'elle consiste en une simple tache congestive que nous appellerons la *tache couperosique ;* tantôt ce sera un *bouton*, une saillie *papulo-tuberculeuse*, un véritable *tubercule ;* d'autres fois ce sera une *pustule*, mais cette pustule ne sera pas toujours la même, elle aura aussi ses variétés : tantôt elle sera *seule*, elle constituera, *à elle seule*, la lésion, comme dans l'*acné simplex* ou l'*acné miliaire ;* tantôt, au contraire, elle se trouvera implantée dans l'épaisseur et sur le sommet d'un tubercule qui existait avant elle et qui lui survivra, comme dans l'*acné boutonneuse* ou *acné indurata*. Quelquefois elle aura pour siége seulement le canal excréteur de la glande sébacée, comme dans l'*acné simplex ;* d'autres fois elle siégera, au contraire, unique-

ment dans la glande elle-même, à l'exclusion de son canal excréteur, comme dans l'*acné varioliforme ;* nous pouvons aussi la voir entourant, englobant un follicule pilifère, et alors un poil la traversera dans son milieu, comme dans l'*acné pilaris*.

Que dire maintenant de cette grande classe d'acnés indépendantes de toute lésion anatomique appréciable, et qui ont pour caractère un simple trouble fonctionnel, une simple perturbation survenue dans la sécrétion sébacée? Là encore nous trouverons la variété dans le désordre. Ainsi, tantôt le produit de la sécrétion sébacée augmentée s'écoule en abondance sur les téguments (*acné sébacée fluente*), tantôt il y forme, en se solidifiant, de véritables croûtes (*acné sébacée concrète*); d'autres fois ce même produit, au lieu d'être déversé au dehors, est retenu dans les canaux excréteurs des glandes qu'il dilate et dans lesquelles il se solidifie sous forme de matière caséeuse vermiculaire (*acné punctata*), ou bien sous forme de matière dure, piquante, cornée (*acné sébacée cornée*). Et si ces pointes dures et saillantes sont nombreuses, elles transforment la peau en une sorte de peau de poisson ou de reptile (*icthyosis sebacea*).

Si maintenant nous envisageons l'acné au point de vue de ses causes et de sa nature, nous la voyons tantôt produite par une cause externe, tantôt, au contraire, résulter d'une cause interne, d'accidents congestifs, de troubles gastriques, ou devenir l'expression de la scrofule et de la syphilis.

Ce coup d'œil rapide et général porté sur l'ensemble de l'histoire de l'acné suffira, ce me semble, pour justifier ce que nous avons dit plus haut de l'importance de cette affection. Il vous montre tout de suite combien

elle est fréquente, sous combien d'aspects, de formes, elle peut se présenter, et quelle est la multiplicité de ses causes, de ses variétés de siéges, de lésions, de natures.

Abordons maintenant l'étude détaillée et approfondie de l'acné. Pour y mettre de l'ordre, commençons par établir qu'il y a deux classes ou deux formes d'acnés bien distinctes. Dans la première, nous placerons l'acné qui est caractérisée par des lésions anatomiques : nous l'appellerons *acné boutonneuse ;* dans la deuxième, nous placerons l'acné sans lésion anatomique appréciable, et consistant dans une simple altération de la sécrétion sébacée, dans un simple trouble fonctionnel : nous l'appellerons *acné sécrétante.*

I. ACNÉ BOUTONNEUSE.

Nous désignerons, sous le nom d'*acné boutonneuse*, une affection des glandes sébacées ou des glandes annexes des poils, caractérisée par une, par deux ou par trois lésions cutanées qui sont : 1° une tache congestive; 2° un tubercule; 3° une pustule. Ces lésions peuvent être isolées ou réunies; une seule peut exister, ou deux seulement, comme aussi elles peuvent exister toutes les trois ensemble; leurs principaux caractères sont d'être à peu près sans douleur, d'avoir une durée indéterminée très-longue, de n'éveiller aucune réaction générale, aucun trouble dans la santé, et d'être chroniques et successives dans leur évolution et leur développement.

Pour être clair, méthodique, précis et complet dans la nosographie de l'acné boutonneuse, envisageons cette affection : 1° au point de vue des lésions anato-

miques qui la constituent, de leur siége, de leur développement, de leur durée; 2° au point de vue de ses causes et de ses différentes natures; 3° de son diagnostic; 4° de son pronostic; 5° de son traitement.

LÉSIONS ANATOMIQUES DE L'ACNÉ BOUTONNEUSE.

Ces lésions sont au nombre de trois : une tache congestive, un tubercule, une pustule. Le plus ordinairement, leur développement est successif; la tache congestive se développe la première; puis sur sa surface apparaît le tubercule, lequel, au bout d'un temps variable, devient le siége d'une suppuration qui forme la pustule. Les trois lésions anatomiques de l'acné boutonneuse sont alors constituées, et l'affection, au point de vue de ses caractères anatomo-pathologiques, est complète. Il en est ainsi pour la forme particulière d'acné désignée sous le nom d'*acné rosacée* ou *rosée*, laquelle doit son nom à la teinte rouge que lui donne la tache congestive; dans cette forme d'acné, les trois lésions se trouvent réunies; elles existent simultanément. Mais il n'en est pas toujours ainsi : très-rarement la tache congestive existe sans le tubercule. Cependant, dans certains cas, la poussée acnéique peut se borner à produire seulement la tache congestive, lorsque cette poussée a peu d'intensité par elle-même, ou lorsqu'un traitement énergique a pu arrêter la maladie dans son développement, ou bien encore lorsqu'une autre maladie intercurrente et accidentelle a détourné le molimen morbide duquel devait sortir l'acné complète, pour le porter ailleurs et lui donner une autre forme et une manifestation différente. Le tubercule se développe souvent sur

la tache congestive, comme dans l'*acné rosacée;* mais, très-souvent aussi, il existe seul sans qu'il y ait de tache congestive; il est alors entouré d'un cercle érythémateux d'un rouge plus ou moins accentué, analogue à l'auréole qui entoure les pustules d'ecthyma; ainsi en est-il de l'acné boutonneuse qui n'est point *rosacée.* Le tubercule se termine le plus souvent par la suppuration, c'est-à-dire par la formation d'une pustule qui se produit à son sommet; dans ce cas, l'acné a été représentée par deux lésions seulement : le tubercule et la pustule. Mais le tubercule peut ne pas suppurer, il peut ne pas engendrer de pustule et rester à l'état tuberculeux jusqu'à sa disparition; dans ce cas, il aura été *seul* l'expression anatomique de l'acné.

Les mêmes considérations s'appliquent à la pustule : dans l'*acné rosacée*, elle existe en même temps que les deux autres lésions élémentaires, la tache congestive et le tubercule. Dans l'*acné simplement boutonneuse et non rosacée*, la pustule existe en même temps que le tubercule, sur lequel elle est implantée, sans qu'il y ait de tache congestive. Mais, dans certains cas, elle peut exister *seule*, sans tache congestive et sans tubercule; elle est alors la seule lésion anatomique qui traduise l'acné; telle est l'*acné simplex*, telle est encore l'*acné miliaire*.

Ainsi un premier fait se dégage des considérations précédentes. Ce fait est le suivant : trois lésions anatomiques distinctes caractérisent l'acné : la tache congestive, le tubercule, la pustule. Ces trois lésions peuvent coexister; deux d'entre elles seulement peuvent exister à la fois; une seule peut se produire et suffire à constituer l'acné.

Étudions maintenant chacune de ces lésions prise isolément :

1° *Tache congestive.* — C'est elle qui a valu à la forme d'acné dans laquelle elle existe la qualification d'*acné rosacée* ou *rosée* et de *couperose;* elle est en effet d'une teinte rouge, tantôt d'un rouge clair, ardent, du rouge de l'érythème, tantôt d'un rouge foncé, violacé, vineux, du rouge de l'érysipèle ou de la scrofule; elle est formée par la congestion active, inflammatoire du derme; elle disparaît à la pression du doigt pour reparaître immédiatement; c'est un véritable exanthème; c'est l'exanthème *acnéique.* Son évolution est essentiellement lente, chronique, sa durée toujours très-longue, indéterminée, quelquefois de plusieurs années, quelquefois ne s'effaçant jamais et persistant toute la vie. Elle donne souvent la sensation d'une très-légère tension, d'un peu de chaleur et de prurit, mais le plus souvent peut-être elle est indolore et ne donne lieu à aucune sensation douloureuse, gênante ni même appréciable; elle existe en quelque sorte à l'insu des malades. La tache congestive ou érythémateuse acnéique, que nous pourrions bien aussi appeler la *tache couperosique,* par le fait même de sa durée, altère la peau, la modifie non-seulement dans son aspect, mais encore dans sa structure et dans ses divers éléments constituants : ainsi le derme congestionné d'une manière continue, permanente, est par cela même tuméfié, épaissi, et forme un relief assez marqué; les vaisseaux capillaires, veineux et artériels, devenant les canaux d'une circulation plus abondante, plus active, s'élargissent, s'allongent, se dilatent; ils deviennent visibles à l'œil nu; ils forment

des arborisations parfaitement distinctes, dont tous les rameaux serpentent à la surface ou dans l'épaisseur du derme. Ce sont de véritables varices auxquelles on a donné le nom de *varicosités*. Le corps papillaire, les follicules pilifères, les glandes sébacées sudoripares, participant à la congestion, à l'inflammation générales, se tuméfient. Mais la participation que ces divers organes prennent à l'inflammation étant inégale, leur tuméfaction est inégale aussi. Les uns augmentent considérablement de volume et forment des élevures, des saillies, de véritables petites tumeurs; les autres se développent dans de moindres proportions ou même gardent leur volume naturel : de là ces inégalités, ces bosselures, ces dépressions et toute cette apparence anfractueuse et mamelonnée que présentent souvent les taches couperosiques. De là aussi ces développements exagérés, hypertrophiques dont elles deviennent le siége, hypertrophies qui, sur le nez, constituent quelquefois de véritables éléphantiasis, dont le volume peut arriver à des proportions énormes et devenir alors une difformité tellement prononcée que, dans certains cas, la vie sociale du malade en est atteinte. Nous consacrons plus loin un chapitre spécial à cette forme d'éléphantiasis, dont nous rapportons un remarquable exemple.

La tache couperosique est tantôt unique, elle occupe alors une surface qui peut être assez étendue; tantôt, au contraire, il y en a plusieurs séparées par des intervalles de peau saine; leurs bords sont inégaux et frangés, et leur teinte subit une dégradation progressive, à mesure qu'elle se rapproche de leur périphérie. Il en résulte que les parties centrales ont une colora-

tion plus intense que les parties périphériques; cependant celles-ci ne se confondent en aucune manière avec la peau saine, dont la couleur, restée normale, établit toujours une ligne de démarcation nettement tranchée avec la tache couperosique.

Le siége le plus habituel de la tache couperosique est le nez; c'est sur cet organe qu'on la trouve le plus souvent; c'est là son siége de prédilection; elle commence ordinairement par le bout du nez qui en est, en quelque sorte, coiffé; rarement elle monte jusqu'à la racine, mais elle envahit ses deux faces latérales; elle peut rester limitée au nez, mais aussi elle peut gagner les joues; alors ce n'est plus la même tache : celle du nez se trouve séparée de celle des joues par une zone de peau non malade. On trouve encore la tache couperosique sur la lèvre inférieure et sur le menton. Elle peut s'y trouver unique, ou bien elle peut y être multiple; quand il y en a plusieurs, ces taches peuvent être très-petites.

L'évolution de la tache ou des taches couperosiques est lente; leur développement est progressif, mais cette progression est difficile à saisir, tant elle s'opère avec lenteur et d'une manière presque insensible. Une fois développées, elles peuvent persister indéfiniment; la gêne qu'elles occasionnent est à peine appréciable, si bien que les malades pourraient en être inconscients.

Quand la tache couperosique est constituée, rarement elle reste seule comme lésion de l'acné; dans l'immense majorité des cas, des tubercules acnéiques, ainsi que nous le dirons plus loin, émergent à sa surface par poussées successives; des pustules se forment au centre et au sommet de ces tubercules; l'acné rosacée bouton-

neuse est alors à sa période d'état dans tout son développement. Elle peut persister ainsi pendant un temps illimité, pendant des années. Pendant toute cette durée, elle varie dans l'intensité de sa coloration; sous l'influence de la digestion, de la constipation, d'émotions vives, d'un travail de cabinet prolongé, de tout ce qui est une cause de congestion pour les parties supérieures, elle prend des teintes plus vives, plus ardentes. Lorsque, spontanément, elle est entrée dans une période de déclin, ces mêmes teintes pâlissent, vont en se dégradant; elles diminuent, non pas seulement en intensité, mais en surface et en étendue, jusqu'à ce qu'elles finissent par disparaître complétement. Mais cette disparition est toujours très-lente, extrêmement lente à se produire. La période de déclin est aussi longue proportionnellement que l'ont été les périodes de développement et d'état. Lorsque enfin la disparition de la tache couperosique est devenue un fait accompli, la peau ne reprend qu'au bout d'un temps encore très-long sa coloration et son apparence normales; elle reste longtemps ridée, comme épaissie, squammeuse et d'une teinte plus foncée due à une exagération dans la sécrétion pigmentaire. Dans des cas moins heureux, la tache couperosique ne s'efface jamais; elle dure autant que la vie. Elle persiste, avec ces variations d'intensité que nous avons indiquées, sans amener aucune complication locale ou générale. Mais d'autres fois elle contribue, de concert avec les tubercules et les pustules, à produire ces difformités, ces hypertrophies éléphantiasiques dont nous avons parlé plus haut.

2° *Tubercules.* — La deuxième lésion de l'acné bou-

tonneuse est un tubercule et non point une papule, comme le prétendent certains auteurs. Rappelez-vous, en effet, que la papule consiste en une simple petite élevure dermique superficielle, sans prolongement dans l'épaisseur du derme, tandis que le tubercule est une véritable petite tumeur, une sorte de nodosité plus considérable que la papule et pénétrant profondément par sa base dans l'épaisseur du derme. Or, c'est avec ce caractère que se présente l'élevure ou bouton, qui forme une des lésions anatomiques de l'acné boutonneuse. Nous sommes donc autorisés à donner le nom de tubercule à cette élevure ou à ce bouton.

Les tubercules acnéiques ont pour siége d'élection la face, dont ils occupent toutes les régions. Cependant, c'est sur le nez, le front et les joues qu'on les trouve le plus souvent ; on les voit aussi à la lèvre inférieure et au menton. Presque aussi souvent qu'à la face, ils se montrent sur le dos et principalement sur sa partie supérieure, sur la base du cou, sur les épaules et jusqu'à la ceinture. La partie antérieure et supérieure de la poitrine est encore un de leurs siéges habituels; jamais on ne les trouve à la paume des mains, à la plante des pieds. Ces tubercules sont de dimensions variables ; quelquefois ils forment des élevures de la grosseur d'une tête d'épingle et, d'autres fois, du volume d'une forte lentille. Ils font corps avec le derme dont ils ne peuvent être détachés et dans l'épaisseur duquel ils pénètrent profondément. Leur coloration est d'un rouge plus ou moins foncé ; cette teinte rouge les recouvre dans toute leur étendue, et se prolonge à leur base sous forme d'un cercle érythémateux, d'une auréole ; leur consistance est dure ; leur nombre est très-variable :

tantôt il n'y en a que deux ou trois, tantôt, au contraire, une très-grande quantité ; c'est ainsi que, vendredi dernier, je vous faisais voir un homme dont le dos et la poitrine, mais le dos surtout, en sont constellés, et en nombre si considérable qu'on pourrait difficilement les compter. Quelquefois ils sont isolés, discrets, séparés les uns des autres par des intervalles de peau restée saine ; quelquefois, au contraire, ils sont confluents, et même, comme le dit avec raison M. Baudot, cohérents. Dans l'acné congestive ou rosacée, généralement leur apparition est précédée par la tache couperosique, et c'est sur la surface de cette tache qu'ils se développent. Quelquefois cependant la tache couperosique n'apparaît que postérieurement aux tubercules. L'évolution des tubercules acnéiques est généralement lente et successive ; la durée d'un tubercule est variable, mais toujours au moins de six semaines et quelquefois davantage.

Cette durée comprend trois périodes. La première est la période de formation et de développement : on voit le tubercule se dessiner et s'élever progressivement, jusqu'à ce qu'il soit arrivé à sa période d'état, c'est-à-dire de développement complet. Alors commence la deuxième période ou période de suppuration : le sommet du tubercule blanchit ; une petite collection purulente s'y forme et se creuse une cavité dans son épaisseur, c'est une pustule. Cependant la base du tubercule reste dure tandis que son sommet est ramolli et en suppuration ; on a alors non plus un tubercule, mais un tuberculo-pustule. La pustule, au bout d'un temps variable, se vide, le pus qu'elle contenait s'écoule ou se concrète en une croûte d'un jaune brunâtre, dont la durée et la persistance varient.

La troisième période peut être appelée période résolutive et de cicatrisation. Quand la suppuration a cessé, la croûte se détache ; l'induration de la base du tubercule, qui avait valu à cette forme d'acné le nom d'*acné indurata*, cette induration diminue progressivement, mais toujours avec lenteur ; elle disparaît sous l'influence d'un travail de résolution et d'intussusception, et quand elle a ainsi disparu, il reste à la place du tubercule une coloration de la peau due à une hypersécrétion pigmentaire, et une petite cicatrice gaufrée formant une très-légère dépression. Telle est l'évolution la plus ordinaire du tubercule acnéique.

Mais, ainsi que nous l'avons dit, le tubercule peut ne point suppurer, ne point donner lieu à la formation d'une pustule à son sommet et à son centre ; il peut seulement rester à l'état purement tuberculeux, et devenir, au bout d'un temps variable, mais toujours long, le siége du travail de résolution, qui l'effacera sans qu'il se soit produit aucune suppuration.

Nous avons dit encore que l'évolution des tubercules est lente et qu'elle est successive : ainsi, lorsqu'un ou plusieurs tubercules ont parcouru, dans leur évolution, les périodes que nous avons indiquées, et lorsqu'ils ont fini par disparaître, d'autres tubercules semblables se forment, se développent en une poussée nouvelle, qui, le jour où à son tour elle sera éteinte, se verra de même remplacée par une autre poussée : voilà comment la durée de l'acné se prolonge d'une manière indéterminée.

Le siége anatomique des tubercules acnéiques se trouve soit dans les glandes sébacées, soit dans les glandes annexes des poils. Le tubercule, c'est la glande

elle-même, congestionnée, enflammée, hypertrophiée. Lorsque le tubercule a son point de départ ou son origine dans une glande sébacée, et que ce tubercule a suppuré, on trouve que la pustule résultant de la suppuration contient de la matière sébacée altérée, du pus, et des cellules épidermiques. Si, au contraire, le tubercule est formé par l'altération hypertrophique et inflammatoire des glandes pileuses, qui sont chargées de nourrir et de lubréfier le bulbe pilifère, on le trouve traversé, à son milieu, par un poil ou par un cheveu; on trouve en outre qu'au point d'émergence du cheveu ou du poil il y a une dépression, une ombilication correspondant au bulbe pilifère, qui est resté sain, exempt de toute inflammation, et qui, par conséquent, a conservé son volume normal. La glande sébacée pileuse, au contraire, dont il est entouré, est épaissie, enflammée ; son volume a augmenté ; aussi forme-t-elle tout autour du follicule pilifère un bourrelet circulaire, saillant, englobant le point d'émergence du poil, c'est-à-dire le follicule pilifère. Cette forme d'acné boutonneuse, occupant ainsi les glandes nourricières du système pileux, a reçu le nom *d'acné pilaris*.

3° *Pustules*. — Les pustules sont la troisième lésion anatomique de l'acné. De même que les deux autres lésions, la pustule peut exister seule, ou bien avec une seule des deux autres, ou bien avec les deux autres lésions réunies. Dans ces différents cas, elle a reçu différents noms, et il en résulte autant de formes particulières d'acnés.

Ainsi les pustules sont-elles petites, superficielles, analogues à des grains de millet; siégent-elles sur le front, le nez, le menton, les tempes; ont-elles à leur

base une petite auréole ; sont-elles formées par la dilatation globuleuse du canal excréteur des glandes, qui a suppuré et est resté plein de pus, c'est alors la *pustule acnéique miliaire* ou l'*acné miliaire*.

La pustule est-elle encore formée dans le conduit excréteur seulement, qui s'est élargi et a suppuré, la glande sébacée étant restée saine ; le bouton acnéique est-il tout entier purulent, de la base au sommet, sans que pour cela la pustule soit globuleuse comme dans le cas précédent, c'est alors l'*acné simplex* ou *pustuleuse*.

La pustule existe-t-elle au sommet et au centre d'un tubercule acnéique, c'est-à-dire la pustule est-elle formée dans le canal excréteur, tandis que la glande est indurée, hypertrophiée, enflammée ; en d'autres termes, le bouton acnéique est-il à la fois purulent et induré, purulent au sommet, induré à la base, c'est alors l'*acné indurata*.

La pustule existe-t-elle, comme dans le cas précédent, sur un tubercule, mais est-elle traversée par un poil à la partie centrale ; est-elle ombiliquée ; en d'autres termes, le bouton acnéique est-il purulent à son sommet, induré ou tuberculeux à sa base, ombiliqué et traversé par un poil, on a, dans ce cas, l'*acné pilaris*, c'est-à-dire l'acné ayant pour siége la glande annexe du poil. La pustule s'est-elle développée sur un tubercule en présentant à sa partie centrale une ombilication non traversée par un poil, c'est alors l'*acné varioliforme*. Voici comment il faut concevoir la constitution de ce bouton acnéique, de cette forme particulière d'acné que l'on trouve dans plusieurs régions, et dont nous avons pu observer dernièrement deux beaux exemples, l'un chez un homme, à la face, l'autre chez une femme, à la partie

interne et supérieure d'une des cuisses : la glande sébacée s'enflamme, s'hypertrophie, se dilate par conséquent; elle fait une saillie tuberculeuse et indurée à sa base. Son sommet est d'une couleur blanchâtre due au pus qui s'est produit : la glande a donc considérablement augmenté de volume, mais son conduit excréteur ne s'est pas allongé, il a conservé sa longueur normale, en s'élargissant toutefois; il forme donc une dépression au centre de la petite tumeur et s'ouvre sur un plan enfoncé relativement à la surface dilatée de la glande. Voilà comment s'explique l'ombilic.

Enfin la pustule se montre-t-elle sur un tubercule qui s'est développé au milieu d'une surface congestive érythémateuse, c'est alors l'*acné rosacée* ou la *couperose*.

Telles sont les diverses formes sous lesquelles se présente la pustule acnéique. La durée de cette pustule est variable : en général, elle s'ouvre au bout d'un septénaire, et le pus extravasé se concrète en une croûte jaune, noirâtre; mais sous cette croûte la suppuration n'est point tarie, car si on enlève la croûte et qu'on presse la base du bouton acnéique, on fait sourdre une gouttelette de pus. La suppuration peut se continuer ainsi plusieurs septénaires.

ÉVOLUTION, SYMPTÔMES ET DANGERS DE L'ACNÉ BOUTONNEUSE

Voilà, Messieurs, ce que j'avais à vous dire sur les lésions anatomiques de l'acné boutonneuse. Vous l'avez compris par tous les détails dans lesquels nous sommes entrés, nous avons affaire ici à une affection essentiellement chronique dans sa forme, lente dans son évolution, longue dans sa durée successive, dans son développement.

A côté de pustules desséchées, de tubercules en voie de résolution et de cicatrices achevées, vous voyez poindre de nouveaux tubercules qui donneront lieu à de nouvelles pustules. C'est ce développement successif de ses lésions constitutives qui donne à l'acné une durée toujours très-longue, quelquefois interminable, tellement qu'on a pu dire que l'acné ne finissait qu'après la destruction complète de toutes les glandes sébacées, et quand il n'en restait plus une seule pour lui servir de siége et d'aliment.

Ne voyez-vous pas entre les allures de l'acné et de l'eczéma un trait frappant d'analogie?

L'eczéma, lui aussi, procède par poussées successives. Quand une première éclosion eczémateuse s'est éteinte, alors qu'on pouvait croire tout fini, une deuxième poussée s'élève et redonne à la maladie une nouvelle activité, une nouvelle séve; tout recommence, tout se ranime, quand on croyait tout terminé. Il en est de même pour l'acné, avec cette différence cependant, c'est que, du côté de l'eczéma, tout se produit, tout marche avec la forme aiguë; sans doute la durée de la maladie semble devoir être interminable; de nouvelles et incessantes poussées déjouent tous les calculs, toutes les théories du pronostic; mais ces poussées sont toujours vives, rapides dans leur succession, dans leurs caractères, dans leur évolution; c'est l'acuïté dans la chronicité, c'est le mouvement dans l'immobilité. Du côté de l'acné, au contraire, tout est long, tout est chronique, tout est lent et torpide, et la durée totale de la maladie, et ses diverses phases, et ses recrudescences successives ; tout se traîne dans une désespérante monotonie et dans une inertie qui semble être sans fin.

DIX-NEUVIÈME LEÇON

Acné (*suite*).

Nous avons déjà dit que l'acné ne donne lieu à aucune douleur locale. C'est à peine si dans la forme congestive rosacée, et que l'on pourrait appeler inflammatoire, le malade éprouve une vague et obscure sensation de chaleur, de cuisson, de tension; le plus souvent il ne s'aperçoit de son état qu'en se regardant dans une glace. Il en est de même, et à plus forte raison, des autres formes d'acnés, dans lesquelles se trouve, à un beaucoup moindre degré, l'élément congestif et inflammatoire, et qui par cette raison sont encore plus exemptes de toute sensation qui pourrait ressembler à une douleur.

Si l'acné, quelle que soit sa forme, n'est pas douloureuse, elle n'est pas non plus la cause d'accidents généraux; elle n'a pas le privilége d'éveiller au sein de l'économie des troubles fonctionnels réactionnels, des retentissements et des désordres sympathiques. La santé générale n'en reçoit aucune atteinte. Si elle n'exerce aucune influence perturbatrice sur la santé, elle n'est pas davantage le résultat ou l'expression d'un état cachectique; elle n'est pas, comme le pemphigus,

l'ecthyma et le rupia, le symptôme d'une détérioration plus ou moins profonde de l'organisme, d'un affaiblissement du principe vital et de la dégradation de l'état général des forces. Elle n'est pas non plus, comme l'herpès, comme la miliaire, comme l'urticaire, comme l'ecthyma, la manifestation d'une fièvre essentielle; il n'y a pas de fièvre acnéique, comme il y a une fièvre herpétique, une fièvre miliaire, une fièvre ortiée, une fièvre ecthymateuse. Nous verrons cependant plus loin que la diathèse scrofuleuse et la diathèse syphilitique se servent d'elle pour en faire une de leurs manifestations, et M. Bazin nous dira qu'elle est une des traductions de l'arthritis. Eh bien! en supposant qu'il y ait vraiment une arthritis, comme il y a une syphilis et une scrofule, l'acné n'aurait-elle avec la santé générale aucun autre point de contact que celui de ces trois diathèses? Par elle-même, elle n'éveille ni douleur locale, ni troubles généraux d'aucune sorte, elle n'est pas l'expression d'un état cachectique, ni même, comme l'érythème dans une de ses formes et comme l'urticaire, la conséquence d'un trouble gastro-intestinal accidentel; elle n'est pas la manifestation d'une pyrexie ou fièvre essentielle. Mais elle dépend, dans certaines de ses formes, de la syphilis, de la scrofule, et de désordres habituels et chroniques des fonctions digestives. Sont-ce là, je le répète, les seuls points de contact qu'elle ait et qu'elle puisse avoir avec la santé générale? Non, il y en a un autre que nous devons signaler ici.

Si l'existence de l'acné n'exerce aucune influence perturbatrice sur la santé générale, sa suppression et sa rétrocession, en revanche, peuvent devenir la cause des plus sérieux accidents. Nous avons soigné dans le cours

de l'été dernier un monsieur d'une cinquantaine d'années, qui habitait rue de Laval, n° 5 : il était atteint d'une acné rosacée occupant tout le front, le nez et le menton; sa santé générale était excellente ; à la suite d'une violente émotion et d'un profond chagrin causés par la mort inattendue et presque subite d'une personne de sa famille, la couperose a disparu, la peau de la face est redevenue tout à fait saine, sans aucune trace de l'affection acnéique; mais à partir de ce moment est survenue une toux symptomatique d'une bronchite tuberculeuse, qui s'est déclarée sans aucun antécédent héréditaire, sans que le malade y ait été prédisposé par des accidents thoraciques antérieurs, sans que rien ait jamais pu faire pressentir et redouter pour lui une phthisie pulmonaire à laquelle il a succombé dans l'espace de quatre à cinq mois, malgré le traitement le plus énergique. Ce fait nous paraît avoir la plus grande importance. Il démontre une fois de plus le rapport intime et l'existence de la loi de solidarité et de balancement qui existe entre la peau et les muqueuses, et surtout entre la peau et la muqueuse pulmonaire; un molimen morbide avait pour aboutissant la peau de la face; ce molimen est dévié dans son cours ; au lieu de continuer à se répandre sur le visage, il reflue, change de direction et se porte sur la muqueuse pulmonaire, c'est-à-dire sur la membrane liée par les plus étroites sympathies avec le tégument externe. Remarquez en passant que la maladie engendrée par la répercussion est de forme chronique, tout comme l'était celle qui a été répercutée.

L'acné boutonneuse mérite encore de fixer toute notre attention par les difformités dont elle est la cause. Ne parlons pas des déformations, des hypertrophies, qui

dans certains cas, rares heureusement, sont ses conséquences; ne parlons pas de ces nez éléphantiasiques, mamelonnés, d'un rouge vineux et violacé, véritables monstruosités, sources de tous les mécomptes pour les malheureux qui en sont atteints.

Ce sont là des conséquences de l'acné, mais des conséquences rares et cependant toujours possibles; considérons-les comme des exceptions et contentons-nous d'en signaler l'existence sans y insister davantage. Ne parlons que des cas les plus ordinaires.

Or, est-il indifférent d'avoir, comme dans l'acné rosacée, la figure d'un rouge vif ou violacé ; le front, le menton constellés de saillies rouges et boutonneuses ; le nez augmenté de volume, bourgeonné, tranchant, par sa coloration rouge, sur la teinte relativement pâle du reste de la figure, si elle n'est point envahie, ou s'harmonisant avec elle, si elle est aussi couperosée, de manière à former un ensemble uniformément framboisé? Et si cette acné rosacée existe, comme cela est si fréquent, chez la femme, pour laquelle tout ce qui tient à l'altération de la figure a toujours une si grande importance, surtout lorsque cette altération peut être d'une durée longue et indéfinie, comprenez-vous, ne fût-ce qu'à ce seul point de vue, tout ce qu'il y a de grave dans l'acné?

L'acné rosacée est, de toutes les formes de l'acné boutonneuse, celle qui donne lieu aux difformités les plus accentuées, mais elle n'est pas la seule. L'*acné indurata*, c'est-à-dire l'acné à la fois tuberculeuse et pustuleuse, constituée par des saillies d'un rouge vineux à leur base et sur leurs côtés et terminées à leur sommet par un point de suppuration jaunâtre, cette forme

d'acné, lorsque les saillies pustulo-tuberculeuses sont en très-grand nombre, proéminentes, disséminées sur les épaules, le dos, la poitrine, n'est-elle pas encore une difformité grave, non pas seulement par sa persistance et sa durée, mais par elle-même, par le caractère et l'aspect discordant et désagréable de ses lésions constitutives?

Après avoir étudié l'acné boutonneuse dans ses lésions anatomiques, dans son évolution, dans ses différentes variétés,dans ses symptômes, dans les accidents généraux qu'elle peut occasionner et enfin dans les difformités qu'elle peut engendrer et qui sont un de ses caractères et un de ses dangers, voyons-la maintenant dans ses terminaisons. Quand et comment se termine l'acné boutonneuse?

1° *Quand se termine l'acné boutonneuse?* — Il est impossible de le dire d'une manière précise, pour deux raisons : la première, parce que son évolution affecte toujours la forme chronique et qu'alors sa durée n'est soumise à aucune règle ; la deuxième, parce qu'elle se développe d'une manière successive, et qu'alors on ne peut jamais savoir si, après la guérison des tuberculo-pustules de la dernière poussée, il ne s'en produira pas une nouvelle suivie ultérieurement et à son tour d'une autre encore. Tout ce que l'on peut dire, c'est que la durée de l'acné boutonneuse est toujours longue, qu'elle persiste souvent pendant plusieurs années et, quelquefois, qu'elle semble devoir être interminable et ne finir qu'avec la vie, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même ou qu'elle est, comme cela arrive souvent, réfractaire au traitement.

2° *Comment se termine l'acné boutonneuse?* — Ses modes de terminaison varient : dans les cas les plus heureux, elle cède à un traitement bien dirigé, dans un laps de temps qui peut varier entre un et deux mois; on la voit alors suivre une marche progressivement décroissante; de nouvelles poussées cessant de se produire, elle s'éteint, laissant après elle des cicatrices petites, déprimées et gaufrées. D'autres fois, abandonnée à elle-même, et sans traitement, elle peut encore se terminer d'une façon aussi heureuse et spontanément, par voie de résolution et d'extinction. Dans des cas moins heureux, elle s'éternise en quelque sorte sur le siége qu'elle s'est choisi, sur la face par exemple, et alors elle y produit ces difformités, ces hypertrophies dont nous avons parlé plus haut. On a dit aussi qu'elle ne disparaît qu'après avoir détruit toutes les glandes sébacées de la région qu'elle occupait. Enfin M. Bazin a soutenu l'opinion qu'elle ne cesse assez souvent que remplacée par des accidents plus avancés et plus graves de la diathèse qu'elle représentait; elle subit une transformation sur place; ainsi une acné boutonneuse syphilitique serait remplacée par une syphilide ulcéreuse, pustulo-crustacée; une acné scrofuleuse, par une scrofulide tuberculeuse ou pustulo-crustacée.

NATURES DIVERSES ET CAUSES DE L'ACNÉ BOUTONNEUSE

L'acné boutonneuse est une maladie de nature inflammatoire. C'est une inflammation lente, dépourvue d'acuïté, à forme chronique, des follicules sébacés, des glandes annexes des poils et de leurs conduits excréteurs. Cette inflammation peut exister à la fois dans la

glande et dans son conduit excréteur, comme dans l'*acné indurata;* elle peut exister dans le conduit excréteur seulement, comme dans l'*acné simple* et l'*acné miliaire;* elle peut exister dans la glande seulement, à l'exclusion du canal excréteur, comme dans l'*acné varioliforme*; elle peut exister enfin, non pas seulement dans la totalité de l'appareil glandulaire, mais encore dans le derme ambiant, et s'y produire sous forme d'une surface érythémateuse ou congestive plus ou moins étendue, comme dans la *couperose* ou *acné rosacée.* Or cette inflammation inhérente au système sébacé, cutané et pileux, existe sous l'influence de deux ordres de causes bien différentes : tantôt elle est le résultat de causes externes et directes, tantôt de causes internes.

Acné boutonneuse de cause externe. — Tout ce qui est pour la peau une cause d'irritation peut déterminer une acné, lorsque, en vertu d'une prédisposition particulière générale ou d'une sensibilité et d'une impressionnabilité spéciales, l'action irritante se porte sur les glandes sébacées. Ainsi l'usage des cosmétiques employés soit en poudre, soit en savon, soit en liniments ou en pommades, est fréquemment suivi d'éruption acnéique. Vous voyez très-fréquemment l'acné chez les actrices, auxquelles les directeurs de théâtres imposent la nécessité de se mettre sur la figure du blanc et du rouge; il en est de même des femmes du monde qui, par coquetterie, ont continuellement la figure enfarinée d'une poudre blanche, riche en principes aromatiques toujours irritants par eux-mêmes. Signalez-leur donc ces inconvénients, et en leur faisant

abandonner cette dangereuse pratique vous les mettrez souvent, par cela même, à l'abri d'éruptions acnéiques qui portent à leur beauté une si grave atteinte.

Acné boutonneuse de cause interne.—Trois désordres différents de l'économie : des troubles gastro-intestinaux chroniques ou habituels ; la syphilis ; la scrofule, sont une cause d'acné. En d'autres termes, il y a une acné *symptomatique des troubles des fonctions digestives*, il y a une *acné syphilitique* et une *acné scrofuleuse*. M. Bazin admet une acné arthritique. Nous devons signaler cette dernière nature de l'acné, ne fût-ce que par respect pour l'opinion d'un maître ; mais comme nous n'admettons pas l'arthritis, nous rejetons par conséquent l'acné symptomatique d'une diathèse que nous ne pouvons pas reconnaître.

1° *Acné symptomatique de troubles gastro-intestinaux.* — L'acné, et principalement la forme couperosique ou rosacée, est souvent le résultat d'accidents gastriques répétés, de digestions laborieuses, d'habitudes vicieuses relativement au régime alimentaire, au choix des aliments, à l'usage abusif des alcooliques ; l'acné rosacée existe souvent chez les gros mangeurs, chez les grands buveurs, chez ceux qui mangent avec trop de précipitation, se mettent au travail immédiatement au sortir de table, et ne se placent pas dans les conditions voulues pour favoriser le travail de la digestion : il y a une sympathie étroite entre le visage et le tube gastro-intestinal. Toutes les fois que celui-ci se trouve congestionné, surchargé, irrité, ce désordre se reflète sur la figure, dont la coloration devient plus animée et qui se con-

gestionne souvent de la manière la plus intense. Or on comprend très-bien que si cette congestion est habituelle, elle peut amener l'inflammation des glandes sébacées, et devenir permanente sous forme de couperose. La constipation ordinaire et opiniâtre est encore une cause d'acné rosacée, en vertu du même principe de solidarité qui relie l'état physiologique ou morbide des intestins à celui du tégument externe des parties supérieures. Ainsi donc il y a une forme ou une nature d'acné, et c'est surtout l'acné rosacée, qui est occasionnée par des troubles dans la circulation cutanée de la face, troubles dépendant d'un système digestif mal réglé, d'habitudes peu hygiéniques, de défaut d'exercice, d'habitation dans des appartements trop chauffés et mal aérés, en un mot, de tout ce qui peut être une cause de congestion pour la peau des parties supérieures du corps, et de la face en particulier.

2° *Acné syphilitique.* — La syphilis, dans la période ultime de ses accidents secondaires, peut être représentée par l'acné; c'est alors une forme toute spéciale d'acné, que nous appellerons, avec M. Hardy, *syphilide pustuleuse acnéiforme* ou *acné syphilitique* ou *syphilide acnéique*. Nous trouvons dans la syphilide acnéiforme les mêmes éléments que dans l'acné ordinaire : un tubercule et une pustule; mais le tubercule est beaucoup moins volumineux, et la pustule n'a le plus souvent que le volume d'un grain de millet. Chaque tuberculo-pustule est entouré, à sa base, d'une auréole, mais cette auréole n'est pas d'un rouge érythémateux exanthématique, comme dans l'acné ordinaire; elle est d'une teinte plus foncée, violacée, brunâtre, se rapprochant

de la teinte jambon cru; et ce qui appartient à la syphilis, cette même teinte rouge brunâtre recouvre toute la partie du tubercule qui n'est point occupée par la pustule. De plus, la base du tubercule est entourée très-souvent, dans la syphilide acnéique, non pas seulement de cette auréole rouge brun, mais encore de ce cercle épidermique décrit sous le nom de collerette de Biett, et qui est encore un des attributs de la syphilis. La syphilis acnéiforme peut exister sur tout le corps, mais principalement sur le visage, le dos, la région lombaire, les membres inférieurs; son évolution est longue, de deux à trois ou quatre mois, car elle procède par poussées successives; l'évolution de chaque pustule est lente, elle se fait dans l'espace de deux à trois septénaires; au bout de ce temps, la pustule se rompt, le pus qu'elle contenait forme une croûte noirâtre, longue à se détacher, et qui laisse à nu le petit tubercule, lequel ne disparaît à son tour que lentement, par un travail de résorption, et en laissant une teinte brunâtre pigmentaire à la place qu'il occupait, et le plus souvent aussi une petite cicatrice gaufrée, superficielle.

3° *Acné scrofuleuse ou scrofulide acnéique.* — Cette forme ou cette nature d'acné a été bien étudiée par M. Hardy. Son siége le plus habituel est le visage et en particulier le nez. Son caractère scrofuleux est accusé par l'auréole de couleur vineuse, pathognomonique de la scrofule, qui entoure chaque tuberculo-pustule; il est indiqué encore par de nombreuses saillies ou aspérités dures, pointues, donnant au doigt la sensation de petites pointes aiguës et piquantes, ayant la consistance de la corne. Aussi M. Hardy l'a-t-il désignée sous

le nom de *scrofulide acnéique cornée;* cette matière dure et pointue n'est autre chose que de la matière sébacée, concrétée et indurée dans les canaux excréteurs, qu'elle dépasse sous forme de saillies aiguës et piquantes; lorsqu'elle s'en est détachée, on aperçoit à la place qu'elle occupait un grand nombre de petits trous qui sont les orifices béants des canaux excréteurs dilatés et restés vides. Quand, après plusieurs poussées successives semblables de matières sébacées, l'affection glanduleuse est entrée en voie de résolution, et qu'elle a fini par disparaître, elle laisse après elle des cicatrices indélébiles, plus profondes que les cicatrices de l'acné ordinaire; elles sont dues au travail atrophique par lequel se terminent toutes les lésions cutanées de la scrofule, quand elles guérissent; les concrétions cornées de matière sébacée, et surtout les cicatrices dont nous venons de parler, constituent encore à cette forme de l'acné deux caractères pathognomoniques de sa nature scrofuleuse.

DIAGNOSTIC DE L'ACNÉ BOUTONNEUSE.

Cette importante question du diagnostic est complexe; elle en renferme deux principales : le diagnostic du genre acné, c'est-à-dire de la maladie cutanée en elle-même, et le diagnostic de sa nature.

1° Diagnostic du genre acné. — Quelles sont les affections avec lesquelles on pourrait confondre l'acné?

Nous avons vu que l'acné, dans une de ses formes, dans sa forme cornée, est de nature scrofuleuse; en d'autres termes, qu'elle est symptomatique de la scro-

fule. Mais il s'en faut de beaucoup que toutes les sortes d'acnés soient symptomatiques de la diathèse scrofuleuse. Il en est une en particulier dont la physionomie est insidieuse à ce point de vue, c'est l'acné rosacée ou la couperose : elle n'appartient nullement à la scrofule, et cependant elle affecte certains airs de ressemblance avec une des plus fréquentes manifestations cutanées de la scrofule, c'est-à-dire avec la scrofulide-érythémateuse, ou érythème scrofuleux. L'une et l'autre ont absolument le même siége : le nez, les joues, le menton, le front; l'une et l'autre ont une teinte rouge, congestive, exanthématique, disparaissant à la pression du doigt et reparaissant immédiatement; l'une et l'autre affectent la forme chronique, sont lentes dans leur évolution et sont exemptes de douleur locale aussi bien que de réaction générale; l'une et l'autre enfin se rencontrent au même âge de la vie, c'est-à-dire surtout de vingt à cinquante ans. Mais s'il existe, entre ces deux affections de nature différente, des points trompeurs de ressemblance, il en existe d'autres qui doivent empêcher qu'elles ne soient confondues. Ainsi, des deux côtés, le siége est le même, c'est vrai, mais du côté de la scrofule l'érythème est disposé en plaques plus larges, plus saillantes. Ces plaques sont surélevées, elles reposent sur une couche de tissus épaissis, hypertrophiés, elles sont nettement circonscrites par un rebord saillant. Du côté de la couperose, au contraire, les taches congestives sont de niveau avec la peau saine, elles n'en sont point séparées par une ligne de démarcation régulière, elles sont comme éparpillées, déchiquetées, et sans élevure. Les deux affections se traduisent par une coloration rouge, mais de part et d'autre le rouge

est différent. Dans l'érythème scrofuleux, le rouge est foncé, vineux, violacé; dans la couperose, il est plus clair, plus vif, et se rapproche du rose. Dans l'érythème scrofuleux, les surfaces rouges restent lisses, unies, ou elles se recouvrent de ces squames blanchâtres, très-adhérentes, nacrées, qui, jointes à l'érythème, constituent la scrofulide érythémato-squammeuse; dans l'acné rosacée, au contraire, les surfaces rouges sont parcourues par des arborisations qui sont des varicosités artérielles et veineuses; elles sont parsemées d'élevures, d'inégalités, de saillies formées par les tubercules acnéiques, ce qui les rend comme bourgeonnées et mamelonnées; ces tubercules suppurent; l'élément pustuleux se mêle à l'élément tuberculeux et à l'élément érythémateux. Rien de semblable ne se produit dans la scrofule. Enfin l'érythème scrofuleux est fixe, immobile, immuable; il est ce qu'il est, et il reste tel; c'est là précisément un des caractères les plus importants des lésions cutanées de la scrofule. La couperose, au contraire, est remarquable par les modifications qui s'opèrent à sa surface; les diverses lésions qui la constituent ne se produisent pas toutes à la fois; elles se remplacent les unes les autres, et si sa durée est d'une longueur indéterminée et quelquefois interminable, c'est en vertu des poussées successives qui la perpétuent en quelque sorte indéfiniment. A ces caractères différentiels, on pourra donc toujours distinguer la couperose de la scrofulide érythémateuse.

Envisageons maintenant l'acné principalement au point de vue de son élément pustuleux, et voyons avec quelle autre des affections cutanées, pustuleuses aussi, elle pourrait être confondue.

Serait-ce avec le sycosis? Non, car les pustules sycosiques occupent principalement les régions velues de la face, comme le menton, la lèvre supérieure, les régions sous-maxillaires et latérales des joues; tandis que les pustules de l'acné, quand elles résident dans les glandes sébacées, siégent de préférence sur le nez, sur le front, sur les parties supérieures des joues, c'est-à-dire dans des régions où le système pileux est à l'état rudimentaire; de plus, les pustules du sycosis se développent souvent sur les tubercules sycosiques ou mentagreux, à base large, irrégulière, à consistance molle, à surface plane ou arrondie, qui diffèrent par conséquent des tubercules ronds, durs, pointus et acuminés de l'acné.

Mais si nous avons affaire à une *acné pilaris*, c'est-à-dire à une acné siégeant dans une région chevelue, et localisée dans les glandes sébacées annexées aux follicules pileux pour les nourrir par le produit de leur sécrétion, le diagnostic sera plus difficile; cependant on l'établira par le caractère différent des pustules. Ainsi, s'agit-il du sycosis, l'inflammation existe dans le follicule pileux lui-même; il est tuméfié, une pustule existe dans son intérieur même, elle est traversée par un poil dans son milieu, et c'est elle qui fait saillie, qui constitue le point saillant de la petite tumeur. S'agit-il, au contraire, de l'*acné pilaris*, l'inflammation existe en dehors du follicule pileux, dans les glandes annexes; ce sont elles par conséquent qui sont tuméfiées et qui forment la pustule. Le follicule pileux reste avec ses proportions normales au centre de la pustule, est moins saillant, et constitue la dépression centrale ou l'ombilication. Donc la pustule de l'acné pilaris est ombiliquée; la pustule sycosique, au contraire, est acuminée.

Pourrions-nous confondre l'acné avec l'*ecthyma?* Non, car l'ecthyma est caractérisé par des pustules larges, arrondies, non acuminées, reposant directement sur le derme et non point sur une élevure et une induration tuberculeuses; elles ne durent que trois ou quatre jours; elles laissent après elles une croûte sèche, noirâtre, enchâssée dans le derme lui-même. Les pustules d'acné, au contraire, sont petites, pointues ou en forme de grains de millet; elles sont tantôt implantées au sommet d'un tubercule, et tantôt elles existent seules, mais alors dépourvues de ce cercle inflammatoire qui entoure les pustules d'ecthyma, et leur durée est de plusieurs semaines.

Nous confondrons encore moins les pustules si persistantes et à évolution si lente et si chronique de l'acné avec les pustules jaunâtres, mielleuses, suintantes, éphémères et fugaces de l'*impétigo*, qui laissent après elles des croûtes épaisses, rocheuses, humides et d'un jaune de miel.

L'acné est caractérisée anatomiquement par un troisième élément, qui est le tubercule. Or la syphilis, la scrofule et le cancer comptent également le tubercule parmi leurs lésions anatomiques et leurs manifestations séméiotiques. Voyons donc comment les tubercules de l'acné se distingueront des autres.

Le tubercule de l'acné est rond, lisse, sans arêtes tranchantes; il est indolore; sa base est entourée d'un cercle rouge violacé, et cette même teinte se prolonge sur toute sa surface; il est pointu, acuminé et le plus souvent pustuleux à son sommet; il n'a aucune tendance à devenir ulcéreux, et il disparaît à la longue en laissant une tâche cicatricielle superficielle.

Le tubercule de la syphilis est arrondi, aplati à son

sommet, non acuminé; il ne devient pas pustuleux; sa base n'est point entourée d'une auréole érythémateuse; toute sa surface est d'une couleur foncée rouge brun; il est dépourvu d'épiderme, et le feuillet épidermique, au point où l'épiderme s'en est détaché, forme à sa base une sorte de cercle auquel on a donné le nom de collerette de Biett. Ce tubercule n'est le siége d'aucune douleur; il se termine par résolution, dans l'espace de deux à trois mois, ou il devient le siége d'une ulcération qui présente tous les caractères d'un ulcère syphilitique.

Les tubercules de la scrofule sont très-petits, non douloureux, mous, d'une teinte cuivrée, ayant une tendance ulcérative si prononcée, qu'on doit les considérer comme n'étant que le premier degré de l'ulcération scrofuleuse de la peau, autrement dit de la scrofulide ulcéreuse, ou, ce qui est encore la même chose, du lupus ulcéreux, dont les ravages et les destructions des tissus s'opèrent soit en superficie, soit en profondeur.

Le tubercule cancéreux est dur, anguleux, il a des arêtes tranchantes, il est le siége de douleurs lancinantes, il a une tendance fatale à l'ulcération, et cette ulcération a tous les caractères de l'ulcère cancéreux; en même temps, il engorge les ganglions lymphatiques, tandis que les tubercules acnéiques les laissent absolument indemnes. — Tels sont les caractères à l'aide desquels on distinguera facilement les tubercules de l'acné des tubercules du cancer, de la scrofule et de la syphilis. Ainsi, quelle que soit la forme sous laquelle se présente l'acné, qu'elle soit pourvue de ses trois lésions anatomiques réunies ou qu'elle n'ait qu'une seule ou seulement deux de ces lésions, il sera toujours possible de la diagnostiquer au point de vue générique.

VINGTIÈME LEÇON

Acné (*suite*)

2° Diagnostic de la nature de l'acné. — Passons maintenant à la deuxième partie du diagnostic, c'est-à-dire au diagnostic de la nature de l'affection. Une acné étant donnée, quelle est sa nature? Est-elle de cause externe, sans racine dans l'économie? Est-elle sous l'influence de troubles gastro-intestinaux? Est-elle syphilitique? Est-elle scrofuleuse? Telles sont les questions qui nous restent à examiner maintenant au point de vue du diagnostic.

1° *Acné de cause externe.* — Vous diagnostiquerez qu'une acné est de cause externe : 1° lorsque vous saurez que la personne qui en est atteinte fait usage de substances irritantes pour la peau, des divers cosmétiques chargés d'huiles essentielles aromatiques dont la présence doit être pour la peau une cause permanente d'excitation ; 2° lorsque dans l'acné produite vous ne trouverez aucun des caractères qui appartiennent soit à la syphilis, soit à la scrofule ; 3° lorsque, l'intégrité des fonctions digestives étant conser-

vée, vous ne pouvez pas non plus trouver de ce côté la cause de la maladie.

2° *Acné causée par des troubles gastro-intestinaux et une mauvaise hygiène.* — C'est surtout l'acné rosacée qui est la conséquence de l'action de cette cause, et vous n'aurez pas de peine à remonter de l'effet produit à la cause productrice, lorsque vous saurez que le malade a des habitudes d'intempérance, qu'il use trop largement des alcooliques, qu'il mène une vie trop sédentaire, qu'il est sujet à la constipation, etc.

3° *Acné syphilitique.* — Vous déclarerez qu'une acné est de nature syphilitique lorsque vous la verrez occuper presque toute l'étendue du corps, le front, le visage, le dos, les reins, les membres supérieurs et inférieurs; lorsque son existence coïncidera avec l'engorgement spécifique des ganglions cervicaux et inguinaux; lorsque les pustules seront entourées d'un cercle rouge brunâtre, plus foncé que la teinte érythémateuse habituelle de l'acné; lorsque, indépendamment de cette coloration pathognomonique, vous trouverez à la base des pustulo-tubercules une collerette de Biett; lorsque enfin les antécédents du malade seront relatifs à la syphilis.

4° *Acné scrofuleuse.* — Vous diagnostiquerez qu'une acné est une *scrofulide* lorsqu'elle siégera sur le nez et sur les parties des joues avoisinantes; lorsqu'elle sera cornée; lorsque, parmi les aspérités saillantes qu'elle présentera, on trouvera des cicatrices profondes, anfractueuses, occupant la place de parties antérieure-

ment malades, et guéries, avec l'atrophie habituelle à la scrofule ; lorsque enfin le malade aura une constitution scrofuleuse.

PRONOSTIC DE L'ACNÉ.

Le pronostic de l'acné ne sera généralement pas grave si vous considérez les lésions anatomiques en elles-mêmes, qui sont exemptes de tout caractère de malignité et qui, par conséquent, ne sauraient porter atteinte à la santé du malade. Mais cependant, à d'autres points de vue, l'acné vous fera porter un pronostic sérieux : ainsi, d'abord relativement à sa durée, qui est toujours longue, et qui par sa longueur peut occasionner au malade mille mécomptes, mille ennuis. Le pronostic sera grave encore en raison des difformités dont l'acné est la cause pour le visage, en raison aussi des modifications profondes qu'elle peut apporter au volume, à la forme et à l'intégrité des parties atteintes, du nez, par exemple. D'autre part, le pronostic variera suivant la nature de l'acné : ainsi, autre sera le pronostic de l'acné de cause externe et de l'acné syphilitique ou scrofuleuse ; il est bien évident que dans ces deux derniers cas vous devez porter un pronostic plus sérieux, en considération des diathèses dont l'acné sera l'expression ; l'acné syphilitique surtout vous fera porter un pronostic grave en raison de ce qu'elle est un accident presque tertiaire, c'est-à-dire la manifestation d'une syphilis ancienne déjà et profondément enracinée dans l'économie.

TRAITEMENT DE L'ACNÉ.

Le traitement de l'acné doit être déduit de la saine appréciation de sa nature. Or nous trouvons dans cette affection deux natures distinctes qui fourniront chacune leur indication thérapeutique. Ce sera d'abord la nature de l'affection considérée en elle-même, et abstraction faite de sa valeur ou de son caractère séméiotique. Or l'acné a pour caractère de procéder d'une inflammation; cette inflammation est assurément toute spéciale; elle est remarquable par sa forme essentiellement chronique, sourde, latente, indolore et sans retentissement général. En elle-même, l'acné consiste dans l'inflammation des glandes sébacées; le caractère inflammatoire de l'acné est surtout facile à constater dans l'acné rosacée. Chaque tache congestive est manifestement une inflammation du derme; chaque tubercule acnéique est non moins manifestement le résultat de la turgescence inflammatoire d'une glande sébacée.

Cette manière de voir n'est pas celle d'Hébra. Il professe en effet que l'acné rosacée, au lieu de provenir d'un processus inflammatoire, consiste en réalité dans la formation de nouveaux tissus conjonctifs et vasculaires, et que, par conséquent, on doit la ranger parmi les excroissances de nouvelle formation. C'est en 1845 qu'Hébra soutenait cette doctrine, et il déclare qu'il y est resté fidèle.

Nous ne saurions partager l'opinion du dermatologiste viennois : en supposant, comme il le prétend, que l'acné rosacée consiste dans *la formation de nouveaux tissus conjonctifs et vasculaires, et qu'il faille la ranger*

parmi les excroissances de formation nouvelle, il faudrait encore prouver que ces prétendus tissus conjonctifs ne sont point d'une origine congestive et inflammatoire ; or cette preuve serait difficile à fournir.

Nous persistons à penser que la première nature que le thérapeutiste doive considérer dans l'acné envisagée en elle-même et comme affection générique, c'est la nature inflammatoire ; que la deuxième nature est celle de la diathèse, ou des troubles généraux, ou simplement locaux, dont l'acné est le symptôme. Telle est la double appréciation qui doit dicter et diriger le traitement : ne pas perdre de vue, d'une part, que l'on a affaire à une affection qui procède d'un travail inflammatoire ; et, d'autre part, que cette affection se présente comme l'expression d'états morbides divers dont les indications thérapeutiques sont diverses par conséquent.

Cela posé, établissons que le traitement de l'acné sera différent suivant ses différentes formes, et aussi suivant ses différentes natures. Toutes les fois que vous serez en présence d'une acné, vous devrez toujours vous demander si cette acné n'est pas sous la dépendance d'une cause intérieure, et alors ce sera toujours contre cette cause ou cette diathèse que vous devrez diriger d'abord, et avant tout, votre médication. Ainsi, l'acné est-elle syphilitique, soumettez immédiatement votre malade au traitement syphilitique. L'acné est un des accidents secondaires les plus tardifs, ou plutôt un accident intermédiaire aux accidents secondaires et aux accidents franchement tertiaires. Peut-être le traitement par le mercure sera-t-il insuffisant ; commencez cependant par en donner tous les jours une pilule de 3 centigrammes. Si vous n'en

voyez pas un résultat satisfaisant, associez-lui l'iodure de potassium, 1 gramme ou 2 grammes par jour, ou bien donnez tous les jours deux grandes cuillerées de sirop de Gibert (chaque cuillerée de ce sirop contient 50 centigrammes d'iodure de potassium et 1 centigramme de biiodure de mercure). Telle doit être, en pareil cas, votre médication; ce sera surtout contre la diathèse et contre la constitution plus ou moins détériorée du malade que vous devrez agir. Mais la lésion acnéique elle-même, n'y touchez pas; elle n'existe qu'en vertu de la diathèse. Prenez-vous-en à la diathèse, et, à mesure que la diathèse sera diminuée et détruite par le traitement, vous verrez la lésion cutanée disparaître progressivement. Si au contraire vous alliez, par une médication intempestive, vouloir attaquer tout d'abord la lésion cutanée et agir sur elle par des topiques doués de propriétés actives, vous devriez craindre que leur action excitante ne fît que donner un coup de fouet à la poussée acnéique, et même que, sous leur influence irritante, la lésion cutanée ne prît un caractère plus sérieux; que, par exemple, vous ne transformiez l'acné en un ecthyma ou même en un rupia syphilitique. Ainsi donc, une acné syphilitique étant donnée, ne faites aucun ou presque aucun traitement local; contentez-vous de bains émollients, de poudres isolantes, absorbantes et siccatives, destinées à préserver les petites pustules de tout contact, de toute adhérence, de tout frottement irritants.

Des considérations un peu différentes s'appliquent à l'acné scrofuleuse; vous soignerez la diathèse scrofuleuse par les iodiques : l'huile de foie de morue, les ferrugineux, les amers, etc. Mais, en même temps, vous

vous préoccuperez de l'accident cutané ; la diathèse scrofuleuse, essentiellement lente et tardive dans ses allures et dans l'évolution de ses symptômes, ne vous donnera pas les mêmes craintes que la diathèse syphilitique relativement à l'exacerbation de ses lésions séméiotiques. Vous pourrez donc toucher à la lésion acnéique, qui vous offrira, du reste, une indication spéciale à remplir. Vous devrez hâter la chute des concrétions acnéiques cornées, qui rendent la surface de la peau rude, inégale et piquante ; toutes ces saillies sont de la matière sébacée, c'est-à-dire de la matière grasse concrète ; dissolvez-les par des lotions alcalines fréquemment répétées ; prescrivez donc des lotions prolongées et renouvelées plusieurs fois par jour, avec une solution plus ou moins concentrée de sous-carbonate de soude. Faites dissoudre trois ou quatre grammes de ce sel dans un verre d'eau chaude, et recommandez au malade de bien laver, baigner et frictionner toutes les parties acnéiques avec cette solution chaude et fortement alcalinisée.

Lorsque les concrétions sébacées auront été dissoutes et détachées par ces lotions alcalines, vous aurez ensuite à agir sur les glandes sébacées elles-mêmes par divers topiques, solides ou liquides, qui devront modifier la vitalité morbide de ces glandes, et changer la nature de leur sécrétion, devenue vicieuse. Nous parlerons plus loin de ces divers topiques.

S'agit-il d'une acné dont l'existence est liée à des désordres gastro-intestinaux et à des excès alcooliques, à une alimentation par trop succulente, à de la constipation, à une vie trop sédentaire ; en un mot, à une hygiène en tout point défectueuse et développant par cela même des prédispositions fâcheuses dues à une consti-

tution pléthorique ou bilioso-sanguine; s'agit-il, par conséquent, d'une acné congestive, rosacée, couperosique, ou d'une acné indurée, car ce sont ces deux formes d'acné, ainsi que nous l'avons dit, qui sont surtout le résultat des causes que nous venons d'énumérer, ce sera d'abord à ces causes que nous devrons nous adresser. Nous nous rappellerons le principe : *Sublata causa, tollitur effectus ;* nous modifierons l'hygiène du malade, nous lui prescrirons l'exercice à pied, une vie active au dehors, l'usage de lavements froids, de purgations salines répétées, suivant les indications; nous le mettrons à une alimentation douce, facile à digérer; nous lui interdirons les liqueurs, les vins trop généreux, les viandes par trop succulentes; nous stimulerons les fonctions de l'estomac par des boissons amères ou alcalines, par les eaux de Vals, de Condillac, de Vichy, prises aux repas; en un mot, nous essaierons de le placer dans des conditions tout opposées à celles qui ont développé son acné; ce sera la première chose à faire. Ces mêmes recommandations s'appliquent, à plus forte raison, à l'acné de cause externe, que vous n'essaierez jamais de guérir sans avoir préalablement supprimé l'action des causes irritantes qui l'ont produite, telles que les diverses liqueurs, pommades, poudres odoriférantes dont les femmes du monde font un si fréquent et si dangereux usage. Ainsi, dans le traitement de l'acné, cherchez d'abord quelle est sa nature, quelles sont ses causes, et puisez dans cette appréciation ou dans ce diagnostic les premières indications thérapeutiques à remplir.

Mais cela ne suffit pas; votre traitement ne doit pas se borner à attaquer le mal par derrière, dans sa source,

dans son origine ; il doit être encore local, externe et direct, à moins qu'il ne s'agisse, nous le répétons, d'une acné syphilitique. Ne parlons actuellement que des deux formes les plus communes d'acné : l'acné couperosique et l'acné *indurata*. Dans ces deux formes, l'acné est *une inflammation ;* c'est l'inflammation de l'appareil glandulaire sébacé, et aussi du derme ambiant, dans une étendue plus ou moins grande ; or faut-il l'attaquer par un traitement local antiphlogistique, ou tout au moins émollient, par des cataplasmes émollients, par exemple ? Non ; l'emploi des émollients, si rationnel qu'il paraisse être au premier abord, ne réussit pas ; l'inflammation acnéique est une inflammation toute particulière, *sui generis*, à évolution excessivement lente, à siége tout spécial ; or les émollients n'ont sur elle presque aucune action sédative. C'est là un fait sur lequel l'expérience a prononcé. Couvrez une figure couperosée de cataplasmes de fécule de pommes de terre, vous ne diminuerez presque en rien ni la teinte érythémateuse du visage ni la saillie des tubercules.

Il faut avoir recours à des modificateurs locaux, énergiques, ayant pour résultat immédiat de produire une inflammation locale plus ou moins vive, qui peut devenir et qui devient, en effet, une inflammation substitutive.

Dans ce but, on peut employer des lotions avec une solution de sublimé, dans les proportions suivantes :

Eau distillée.	120 grammes.
Sublimé.	1 gramme.

Mettez une cuillerée à café de cette solution dans un quart de verre d'eau environ pour la lotion.

On a préconisé des lotions avec l'eau de Baréges, mais elles sont insuffisantes. M. Bazin a conseillé des badigeonnages répétés tous les deux, trois ou quatre jours, avec l'huile de cade; mais rarement l'huile de cade est assez énergique pour produire un résultat satisfaisant; elle reste inefficace. M. Bazin ne craint pas, dans ces cas réfractaires, de prescrire une pommade ainsi composée :

Axonge.	30 grammes.
Biiodure de mercure. . . .	20 grammes.

Il en étend une couche légère sur les parties malades, et il se produit une inflammation très-vive qui se traduit par une poussée de pustules d'impétigo, suivie de croûtes épaisses; quand ces croûtes sont tombées, M. Bazin fait faire une deuxième application de la même pommade, et ainsi de suite, jusqu'à la complète modification des parties malades. Ce moyen a l'inconvénient d'être très-douloureux, de produire une inflammation très-violente suivie de pustules et de croûtes épaisses. Nous lui préférons la lotion suivante, recommandée par M. Hardy, et que nous employons avec beaucoup de succès :

Sulfure sec de potassium. . . .	5 grammes.
Teinture de benjoin	5 grammes.
Eau.	300 grammes.

On met une cuillerée à soupe d'abord, puis deux cuillerées de cette solution dans un verre d'eau froide, et on recommande au malade de se lotionner d'une ma-

nière prolongée, trois ou quatre fois par jour; suivant le degré d'impressionnabilité de la peau, on augmente ou on diminue la quantité de la solution. Le malade se lotionne ainsi sur toutes les surfaces couperosées, sur toutes les surfaces parsemées de tubercules d'acné indurata, et, dans l'espace de dix à quinze ou vingt jours, on voit la maladie suivre une voie rapide de déclin; les taches congestives pâlissent, les tubercules s'affaissent progressivement; on continue jusqu'à l'effacement complet des lésions cutanées. Ce résultat peut être obtenu dans l'espace d'un à deux mois. Le traitement local de l'acné simple, de l'acné miliaire et de l'acné varioliforme sera institué et dirigé d'après les mêmes données; il n'aura pas besoin d'une aussi grande énergie; des doses atténuées du même médicament, ou des modificateurs d'une puissance moindre, suffiront pour en avoir raison.

II. ACNÉ SÉCRÉTANTE.

Après avoir étudié sous toutes leurs faces les diverses formes d'acnés qui composent la première classe, que nous avons désignée sous le nom générique d'*acnés boutonneuses*, abordons maintenant la deuxième classe d'acnés, constituée par les *acnés sécrétantes*. Ici nous ne trouverons plus de lésions anatomiques; il n'y a plus ni taches congestives, ni tubercules, ni pustules; il n'y a plus qu'un simple trouble fonctionnel, un désordre dans la sécrétion sébacée. Cette sécrétion est modifiée, altérée dans sa manière d'être. Tantôt elle est augmentée et s'écoule largement au dehors: c'est alors l'*acné sébacée fluente;* tantôt, quand elle a été déversée en quantité

exagérée sur les téguments, elle s'y solidifie, elle s'y concrète sous forme de croûtes : c'est alors l'*acné sébacée concrète ou croûteuse*. D'autres fois, la matière sébacée, altérée dans sa nature, épaissie mais non augmentée en quantité, est retenue dans les canaux excréteurs; elle les dilate; elle reste dans leur calibre sans faire de saillie bien appréciable à la surface de la peau : c'est l'*acné punctata*. D'autres fois encore, la matière sébacée est retenue, sans que sa sécrétion soit augmentée, dans les canaux excréteurs; elle s'y durcit; elle y devient d'une consistance cornée; elle sort et s'élève au-dessus de leurs orifices dilatés, sous forme de pointes saillantes : c'est alors l'*acné sébacée cornée*.

Ainsi deux désordres se produisent dans la sécrétion de la matière sébacée : cette sécrétion, exagérée dans sa quantité, est déversée au dehors; elle y reste humide (*acné sébacée fluente*), ou bien elle s'y durcit, s'y concrète, y devient croûteuse (*acné sébacée concrète ou croûteuse*), ou bien, au contraire, la sécrétion sébacée, sans subir d'exagération, est retenue dans son canal excréteur; elle y reste enfermée, visible au niveau de son orifice qu'elle a dilaté (*acné punctata*); d'autres fois, elle prend la consistance de la corne et pousse en dehors des canaux excréteurs une ou plusieurs saillies dont quelques-unes ont l'aspect et la forme de cornes (*acné sébacée cornée*).

Étudions isolément chacune de ces quatre formes de l'*acné sécrétante*.

1° *Acné sébacée fluente*. — C'est l'exagération dans la production de la matière sébacée. Normalement, cette matière est sécrétée en quantité suffisante pour lubrifier

la peau, pour lui donner sa souplesse, pour la rendre douce, humide, extensible; mais si l'on sent, si l'on apprécie la présence et l'action de l'humeur sébacée, on ne la voit pas, on ne la constate pas matériellement; elle est absorbée, utilisée en même temps que produite, elle se dérobe à nos sens. A l'état pathologique, au contraire, et dans le cas qui constitue l'*acné sébacée fluente*, la matière sébacée est sécrétée en si grande abondance qu'elle n'est plus absorbée ; elle est déversée à la surface de la peau, elle y reste, elle y stagne. Il y a là quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans le catarrhe leucorrhéique utérin et vaginal; dans la leucorrhée utérine et vaginale, en effet, les glandes mucipares ne sont pas organiquement malades, seulement leur produit est trop abondant. Il y a là encore quelque chose d'analogue à la sécrétion exagérée des glandes sudoripares, à cette diaphorèse atonique et morbide, quelquefois généralisée, mais plus souvent localisée dans les régions palmaires et plantaires; quelque chose qui rappelle encore ces flux muqueux et intestinaux qui se produisent en dehors et indépendamment de toute maladie intestinale, et auxquels on a donné le nom de *diarrhée séreuse*.

Dans l'acné sébacée fluente, l'humeur sébacée s'écoule donc comme un véritable flux, en dehors de ses canaux excréteurs; elle est déversée sur la peau; elle y forme une véritable nappe humide, visible à l'œil, appréciable au toucher; on voit d'une manière très-nette que toute une région est baignée d'un liquide; ce liquide est d'une teinte très-légèrement jaune brunâtre; il donne aux parties qu'il recouvre un aspect luisant; il est huileux, d'une consistance grasse, glutineuse, collante et poisseuse. Si on y applique la main, on la retire toute

mouillée et enduite de ce liquide qui, nous le répétons, n'est autre que de la matière sébacée; son odeur est fadasse; sa présence prolongée à la surface de la peau devient, pour celle-ci, une cause d'irritation qui se traduit quelquefois par une teinte un peu érythémateuse et en même temps brunâtre, en raison d'une hypersécrétion pigmentaire qui en est la conséquence.

Les régions les plus exposées à l'acné sébacée fluente sont le cuir chevelu, le front, le nez, les joues et la zone génitale; chez la femme principalement, le cuir chevelu en est souvent tout humide, les cheveux en sont imbibés, collés les uns aux autres; ils sont gras, et graissent tout ce qu'ils touchent; si on y passe la main, elle en est toute mouillée; cette humidité permanente et constante finit par altérer les cheveux, pourrir leur racine et les faire tomber. C'est là une des causes les plus fréquentes de la calvitie. Sur le front, sur le nez et sur les joues, l'acné sébacée fluente n'est pas moins désagréable. Il semble qu'une couche d'huile ou de matière graisseuse quelconque ait été étalée sur toutes ces parties dont le contact a, par cela même, quelque chose de répugnant. Dans la région génitale, l'acné sébacée fluente mérite une mention toute particulière : elle y existe chez l'homme et chez la femme. Chez l'homme, c'est elle qui rend la peau des bourses, du périnée, des plis génitaux-cruraux et de la face interne et supérieure des cuisses collante et poisseuse; mais c'est surtout chez les femmes grasses, lymphatiques, à peau fine, qu'on l'observe le plus souvent et avec le plus d'intensité. Les cuisses, très-volumineuses, sont dans un contact intime et immédiat; dans la marche, elles exercent l'une sur l'autre un frottement considérable;

elles sont humides, d'abord par la sécrétion abondante des glandes sudorales qui abondent dans cette région, puis par les liquides divers qui s'écoulent des parties génitales. Or ce contact, ces frottements, la présence habituelle de ces liquides souvent irritants par eux-mêmes, disons-le aussi, les excitations du sens génésique, tout cela forme une réunion, un ensemble de causes qui développent, qui exagèrent la vitalité de cette région et qui, par suite, peuvent bien provoquer une hypersécrétion sébacée. Toujours est-il que cette hypersécrétion est excessivement commune dans cette région; elle contribue à la rendre plus humide encore ; elle étend sur toute sa surface une couche visqueuse et gluante dont l'odeur est désagréable et nauséeuse, dont la présence, devenant une nouvelle cause d'irritation pour la peau, augmente la sécrétion pigmentaire et produit par conséquent à la face externe des grandes lèvres, dans les plis génito-cruraux, à la face interne et supérieure des cuisses, une teinte noirâtre très-tranchée, rendue luisante par la couche sébacée grasse et huileuse qui la recouvre. Cette hypersécrétion acnéique, quel que soit son siége, n'est nullement douloureuse; elle n'entraîne aucune autre gêne que celle de la présence toujours incommode et désagréable d'un corps gras; elle affecte encore moins la santé générale, qui ne subit de sa part aucune atteinte. La seule altération anatomique qu'elle occasionne est une dilatation marquée des canaux sébacés excréteurs.

2° *Acné sébacée concrète ou croûteuse.* — Dans cette autre forme d'acné, il y a, comme dans la première, hypersécrétion de l'humeur sébacée; cette humeur sébacée produite en quantité exagérée est encore, comme

dans l'*acné sébacée fluente*, déversée au dehors; mais au lieu d'y rester, d'y stagner à l'état liquide, au lieu de s'étaler sur les téguments en une couche huileuse, elle s'y concrète, elle s'y solidifie, de manière à y former une substance croûteuse, une véritable croûte. Cette croûte est d'abord d'un gris jaunâtre; les poussières atmosphériques ne tardent pas à la rendre noirâtre; son épaisseur et sa surface sont variables; sa consistance est grasse et humide; elle se laisse pétrir entre les doigts comme de la cire; elle adhère peu aux tissus sous-jacents desquels on la détache habituellement avec facilité. Cette croûte se rencontre partout où se produit l'acné sébacée fluente : sur le cuir chevelu, sur le front, sur le nez, sur les joues, sur le dos, à l'exception toutefois de la zone génitale, où on ne la trouve pas, car le frottement des parties les unes sur les autres, leur arrosement, leur détrempement continuels par les liquides descendus du vagin ou produits dans la région même, empêchent sa formation et laissent la matière sébacée à l'état liquide.

Au cuir chevelu, l'acné sébacée concrète ou croûteuse agglutine les cheveux, elle les colle, elle en fait une sorte de feutrage, de carapace épaisse, grasse, d'une odeur fétide, et dans laquelle il est impossible de mettre de l'ordre. Sur la figure, les croûtes s'étalent quelquefois, deviennent confluentes et forment une espèce de masque. C'est dans le sillon des ailes du nez qu'elles arrivent ordinairement à leur plus grand degré d'épaisseur. Dans le dos, elles sont plus sèches, plus adhérentes, se détachent plus difficilement des tissus sous-jacents et conservent plus longtemps la coloration jaunâtre, étant à l'abri de l'influence de l'air; toute l'étendue de

la région dorsale peut en être parsemée, depuis les épaules jusqu'à la région lombaire.

3° *Acné punctata.* — Dans les deux formes d'acné sébacée dont nous venons de parler, nous avons vu que le principal trouble fonctionnel qui se produit, c'est l'hypersécrétion de l'humeur sébacée. Celle-ci, dans la forme que nous avons appelée *acné sébacée fluente*, s'écoule au dehors et conserve son état liquide. Dans la forme dite *acné sébacée croûteuse ou concrète*, au contraire, elle se solidifie et se change en une croûte d'aspect et de consistance spéciales.

Dans les deux formes d'acné sébacée qui nous restent à étudier, il n'y aura plus d'hypersécrétion : la quantité d'humeur sébacée produite ne sera point augmentée ; elle subira une double modification morbide : 1° modification dans sa nature ; 2° modification dans son excrétion. Dans ces deux formes, elle ne s'écoulera plus au dehors, elle ne sera plus déversée sur la surface cutanée, mais elle restera détenue et comme emprisonnée dans les canaux excréteurs, dans l'intérieur desquels elle subira une double altération, en vertu de laquelle deux formes bien distinctes d'acné seront constituées.

Vous avez vu souvent certains visages parsemés de petits points noirs analogues à des grains de poudre. On dirait qu'ils ont reçu un coup de fusil, et que les grains de poudre sont restés enfoncés dans l'épaisseur de la peau ; telle est, dans son apparence extérieure, l'*acné punctata*. Or ces petits points noirs, qui ne dépassent presque pas la surface de la peau, ce sont les orifices dilatés des canaux excréteurs des glandes sébacées ; ils contiennent de l'humeur sébacée qui les distend à ce

point qu'ils deviennent visibles à l'œil. L'humeur sébacée, restant ainsi dans l'intérieur des canaux excréteurs, s'y altère, elle cesse d'être liquide, elle s'y épaissit, elle prend une consistance demi-solide, analogue à la matière mélicérique; cette consistance lui permet de conserver en dehors du canal excréteur la forme rubanée, allongée, que lui avait donnée le calibre du tube excréteur, dans lequel elle avait été retenue et comprimée comme dans un moule. En sorte que, si l'on exerce une pression circulaire avec les rebords d'une tige de clef canaliculée, par exemple, autour de l'orifice du canal excréteur, cette pression en fera sourdre la matière sébacée sous forme d'un ruban blanchâtre ou d'un ver. Toute cette humeur sébacée vermiforme, contenue dans l'intérieur du canal, est d'un blanc grisâtre, tandis que sa partie superficielle, celle qui se trouve à l'extrémité du canal excréteur et de niveau avec les téguments, est noire; c'est elle qui constitue le point noir, et cette couleur noire n'est autre chose que de l'humeur sébacée, altérée dans sa couleur, salie et noircie par tous les contacts venant du dehors.

Telle est l'*acné punctata*. On la trouve sur le front, sur le nez, sur les joues, sur le dos et sur la partie supérieure de la poitrine. Elle n'est nullement douloureuse. Elle est fréquente surtout vers l'âge de quinze à trente ans; sa durée est indéterminée; abandonnée à elle-même, elle peut persister des années sans occasionner aucune gêne. M. Moquin-Tandon a décrit, dans la matière sébacée qui la constitue, un insecte microscopique, une sorte d'acare auquel il a donné le nom de *demodex*. Cet acare avait été vu et indiqué pour la première fois par le professeur Simon.

4° *Acné cornée.* — Cette forme diffère de l'*acné punctata* : 1° en ce que la matière sébacée retenue dans les canaux excréteurs s'y durcit au point d'y prendre la consistance de la corne; 2° en ce que cette matière sébacée, ainsi cornifiée, s'élève au-dessus du niveau de la peau en conservant au dehors la forme arrondie, cylindrique ou rubanée que lui avait donnée le calibre du canal excréteur dans l'intérieur duquel elle avait été retenue, durcie et comme moulée. En s'élevant ainsi au-dessus du niveau de la peau, sous forme de saillies plus ou moins proéminentes, la matière sébacée forme comme autant de pointes dures, piquantes et cornées qui donnent à la main, promenée sur sa surface, la sensation sèche et piquante qu'elle éprouverait sur une peau de reptile ou de poisson; aussi cette forme d'acné sébacée a-t-elle pu être considérée comme constituant une des formes de l'ichthyose, ou une fausse ou pseudo-ichthyose à laquelle on a donné le nom d'*ichthyosis sebacea.* Nous ne pouvons admettre ni cette dénomination ni cette théorie, car nous devons considérer l'ichthyose comme étant constituée uniquement et exclusivement par une altération de l'épiderme dévié dans sa sécrétion, modifié dans sa manière d'être et altéré dans sa nature. Nous séparerons donc très-nettement l'acné sébacée cornée, affection inhérente aux glandes sébacées, de l'ichthyose, affection essentiellement épidermique et constituée par une dégénérescence de l'épiderme; par conséquent, nous rejetons comme une dénomination mauvaise et propre à consacrer une erreur d'appréciation, quant à la nature de la maladie, la qualification d'*ichthyosis sebacea*, par laquelle on voulait désigner et caractériser une prétendue forme d'ichthyose.

Ainsi donc la peau peut être hérissée d'un nombre plus ou moins considérable de saillies dures, pointues, cornées et piquantes ; ces saillies ne sont que de la matière sébacée qui a été retenue et durcie dans l'intérieur des canaux excréteurs, dont elle a fini par sortir, mais en conservant la consistance et la forme qu'elle y avait prises. Ce sont des cas de ce genre qui ont fait comparer la peau des personnes qui en sont atteintes à celle d'un hérisson ou d'un porc-épic.

Il peut arriver qu'au lieu de saillies multiples il n'y en ait qu'une seule, et quelquefois cette saillie unique prend des proportions considérables. Nous en avons vu s'élever à plusieurs centimètres au-dessus du niveau de la peau, ayant leur base dans un conduit excréteur dilaté, contournées, tordues sur elles-mêmes, et se terminant en pointe comme une corne de bélier.

C'est surtout sur le front, sur le nez, sur la partie la plus saillante des joues, au niveau de l'os de la pommette que siége l'acné sébacée cornée ; cette forme d'acné ne cause par elle-même aucune douleur, mais lorsqu'elle se présente avec une ou plusieurs saillies, comme celle dont nous venons de parler, elle devient douloureuse par le contact de ces saillies avec les objets extérieurs. Chaque fois, en effet, qu'un contact a lieu entre un corps extérieur et ces productions cornées, celles-ci se trouvent ébranlées, secouées, tiraillées dans leur partie interne, qui adhère intimement avec les parois des canaux excréteurs ; il en résulte toujours une douleur vive, laquelle peut amener l'inflammation et le gonflement des tissus cutané et cellulaire ambiants. Ces productions cornées pourraient, si elles n'étaient protégées contre tout contact, toute violence venant du

dehors, arriver à des proportions beaucoup plus considérables que celles dont nous avons été témoin. Abandonnées à elles-mêmes, et sans aucune cause de destruction, leur durée et leur croissance pourraient être, en quelque sorte, indéfinies; quelquefois elles se détachent d'elles-mêmes, spontanément, ou elles sont renversées par un choc quelconque; alors, si la cause sous l'influence de laquelle elles se sont développées persiste, elles repoussent; d'autres fois elles tombent et ne reparaissent plus.

Nature des diverses formes d'acné sébacée. — Dans l'acné boutonneuse, nous n'avons pas trouvé les caractères de l'herpétisme. Malgré la dénomination de *dartre pustuleuse disséminée* que lui donnait Alibert, nous n'y avons pas reconnu le cachet de la dartre. Nous y avons bien trouvé la durée, longue, persistante, et la récidivité, mais nous n'y avons vu ni la symétrie ni surtout le prurit, ce caractère si important et surtout si commun des affections dartreuses; et sans nier absolument la présence du vice dartreux dans l'acné boutonneuse, nous n'avons pas pu cependant l'y constater d'une manière assez nette pour établir que l'acné boutonneuse est peut-être une des manifestations du vice dartreux, en d'autres termes, qu'il y a une acné boutonneuse herpétique, comme nous en avons reconnu une syphilitique, une autre scrofuleuse, une autre symptomatique de troubles gastro-intestinaux, une autre enfin ne relevant que d'une cause externe et toute locale.

Quant à l'acné sébacée, quelle que soit sa forme, qu'elle soit *fluente* ou *concrète*, *punctata* ou *cornée*,

nous y trouvons encore moins l'empreinte de l'herpétisme, et nous déclarons, d'une manière beaucoup plus formelle que pour l'acné boutonneuse, qu'elle n'est pas de nature dartreuse; elle n'a aucun des caractères des affections herpétiques, elle n'a pas davantage le caractère des syphilides; elle est indépendante de troubles fonctionnels quelconques, et en particulier des troubles digestifs. Existe-t-elle donc, sans aucune raison d'être générale, sans aucune cause diathésique, sans aucune racine dans l'économie, et, indépendamment de toute tache constitutionnelle, reste-t-elle un fait pathologique à part, isolé, exempt de toute réaction, de tout retentissement général, comme il est exempt et indépendant aussi de toute cause générale? On pourrait certainement soutenir cette opinion et poser en principe que l'acné sébacée est une simple exagération ou une altération de la sécrétion de l'humeur sébacée, se produisant et existant sans raison d'être appréciable, de même qu'on voit certaines diaphorèses palmaires et plantaires, certains flux muqueux intestinaux, certains écoulements vaginaux et utérins exister aussi sans affection générale. Cependant il est d'observation que cette déviation dans la sécrétion sébacée existe le plus souvent avec un tempérament scrofuleux. Y a-t-il là une simple coïncidence ou une relation de cause à effet? Nous croyons que cette relation peut et doit être établie en principe, et nous dirons que l'acné sébacée est un des attributs de la scrofule et une de ses manifestations. Sans doute nous ne trouvons pas en elle les caractères tranchés des affections cutanées scrofuleuses, mais nous disons que cette hypersécrétion, que cette déviation dans la nature de l'humeur sébacée s'opèrent

sous l'influence et comme conséquence du vice scrofuleux, par cette raison, tirée de l'observation clinique, à savoir que dans la grande majorité des cas ce sont les scrofuleux qui sont atteints d'acné sébacée.

Diagnostic. — Ce qu'il s'agit de reconnaître, c'est le siége anatomique de l'affection qui occupe les glandes sébacées elles-mêmes. Or la présence de l'humeur sébacée en nappe, sur la peau, en sera l'indice manifeste : toutes les fois que vous verrez la peau de la tête, du front, du nez, des joues, du dos et de la zone génitale recouverte d'une humeur graisseuse, huileuse, poisseuse, à reflets brillants, d'une coloration un peu brunâtre, mouillant et graissant les doigts, vous diagnostiquerez, à ces caractères, l'hypersécrétion de la matière sébacée extravasée. Elle seule produit ce désordre et donne lieu à cet état tout particulier de la peau qui lui est spécial et qui nous fera reconnaître, sans hésitation, l'acné sébacée fluente.

Toutes les fois que vous trouverez, sur les mêmes régions, des croûtes d'un jaune brunâtre, d'une consistance graisseuse, se laissant écraser entre les doigts et pétrir comme de la cire, se détachant facilement de la surface non excoriée, non ulcérée des téguments sous-jacents restés sains, vous reconnaîtrez à ces caractères l'existence d'une acné sébacée concrète; elle seule donne lieu à cette espèce toute spéciale de croûtes qui sont formées exclusivement de matière sébacée concrète, sans aucun mélange de pus, de sérosité ou de sang, sans aucune lésion apparente de la peau. Rappelez-vous les croûtes de l'eczéma, de l'impétigo, de l'ecthyma, du rupia, et vous verrez que, par leur physionomie, par

leur manière d'être, par leur composition, par leur consistance, par les produits qui les ont formées, par l'état ulcéreux des téguments qu'elles recouvrent, elles se distinguent si complétement, si visiblement des croûtes sébacées, que vous ne devrez jamais être embarrassés pour diagnostiquer ces dernières. Ainsi donc le diagnostic de l'acné sébacée fluente et de l'acné sébacée concrète ne sera jamais difficile.

Il en sera de même du diagnostic de l'*acné punctata* et de l'*acné cornée*. Ces points noirs, semblables à des grains de poudre enchâssés dans l'épaisseur du derme; cette matière graisseuse, blanchâtre, rubanée, à demi-solide, vermiforme, qu'une pression exercée autour de chaque point noir fait sourdre du tissu dermique, n'ont aucun analogue dans la dermatologie, et caractérisent si manifestement l'acné punctata que la plus petite incertitude n'est pas possible.

Quant à l'acné cornée, lorsqu'elle est constituée par un grand nombre de saillies dures et pointues, qui donnent au toucher la sensation d'une surface sèche, épaisse, raboteuse, piquante et cornifiée, on pourrait sans doute la prendre pour une ichthyose à forme cornée. Mais avec une attention minutieuse on pourra toujours distinguer ces deux affections, dont la lésion anatomique est essentiellement différente. Nous avons déjà dit que nous n'admettons pas l'ichthyose sébacée, qui n'est qu'une acné cornée. Nous réservons la dénomination d'ichthyose à une affection essentiellement et exclusivement épidermique. Or, si la sensation fournie par le toucher, dans ces deux affections, est à peu près la même, les caractères anatomiques sont tout à fait différents.

Dans l'ichthyose, les saillies, les rugosités sont formées par de l'épiderme épaissi, hypertrophié, altéré dans sa manière d'être, déformé, complétement dépourvu de la souplesse, de la flexibilité que lui donne, à l'état physiologique, la sécrétion sébacée, laquelle se trouve supprimée et abolie dans l'ichthyose; en outre, dans l'ichthyose, l'affection est congénitale; elle est habituellement généralisée; on la trouve partout, et moins sur la figure que sur les autres parties du corps.

Dans l'acné sébacée, au contraire, les saillies, les rugosités sont constituées, non pas par de l'épiderme, mais par de la matière sébacée concrète et durcie. On pourra s'en convaincre de la manière suivante : que l'on détache avec la pointe d'une épingle, et avec la plus grande précaution, une ou plusieurs de ces pointes saillantes, qu'on les tienne, qu'on les presse un certain temps à la chaleur de la main, on finira par les ramollir et les ramener petit à petit à une consistance graisseuse qui enlèvera toute incertitude sur leur véritable nature; de plus, à leur point d'implantation dans la peau, on verra que la base de chacune de ces saillies s'enfonce dans un canal excréteur, dont l'orifice apparaîtra dilaté et béant, lorsqu'on en aura extrait la concrétion sébacée qui, en y séjournant, l'avait élargi. Ajoutons encore que l'acné sébacée cornée ne siége guère que sur le front, sur les joues et sur le nez, et que parmi les pointes saillantes qui la caractérisent il y a toujours des cicatrices, qui sont les empreintes de follicules sébacés, guéris ou détruits, et d'une poussée plus ancienne. A l'aide de ces caractères, on pourra toujours la distinguer de l'ichthyose; cette distinction deviendra très-facile si l'acné cornée n'est représentée que par

une ou deux saillies seulement; le volume de ces saillies, leur développement rendront toute hésitation impossible.

Ainsi l'acné sébacée a des caractères tellement pathognomoniques qu'aucune autre affection cutanée ne saurait être confondue avec elle; on ne la confondra pas non plus avec l'acné boutonneuse, qui s'en distingue très-nettement par les lésions anatomiques qui la représentent, et par l'absence de trouble appréciable dans la sécrétion de l'humeur sébacée.

Traitement. — Deux indications sont à remplir : la première consiste à faire disparaître de la surface des téguments la matière sébacée produite en quantité exagérée ou altérée dans sa nature, et qui y séjourne sous des formes variées; la deuxième se proposera pour but de modifier la vitalité des follicules de manière à les ramener à une secrétion normale au double point de vue de sa quantité et de sa nature.

1° Que l'humeur sébacée soit épanchée à la surface de la peau en une matière liquide et huileuse, comme dans l'acné fluente, ou bien qu'elle y soit concrétée sous forme de croûtes graisseuses, comme dans l'acné concrète; qu'elle soit retenue dans l'intérieur des canaux excréteurs, comme dans l'acné punctata, ou qu'elle en émerge à l'état solide, comme dans l'acné cornée, dans tous ces cas, et, sous l'une ou l'autre de ces formes, c'est toujours de la matière sébacée, trop abondante ou altérée. Or, avant tout, il faut la faire disparaître ; sa présence sur les téguments à l'état liquide ou à l'état croûteux est une gêne, une difformité répu-

gnante dont les malades ont hâte d'être débarrassés. Pour cela, prescrire des lotions alcalines ; concrète ou liquide, l'humeur sébacée est une substance huileuse, graisseuse, soluble dans un sel alcalin. Faites donc dissoudre dans de l'eau chaude du sous-carbonate de soude en quantité variable, suivant que vous voudrez avoir une solution plus ou moins concentrée : ainsi, par exemple, de 6 à 8 grammes dans un litre d'eau, et recommandez aux malades de faire, avec cette solution, des lotions répétées 4 ou 5 fois par jour, et assez prolongées pour produire une action efficace. Les mêmes lotions, mais plus concentrées, suffiront, au bout d'un temps plus ou moins long, à dissoudre également les concrétions superficielles de l'acné punctata et les saillies de l'acné cornée. Des lotions faites avec le savon de Marseille pourraient encore produire le même résultat, mais avec moins de promptitude et moins de sûreté. Ainsi, dans cette première phase du traitement, vous enlèverez la matière sébacée altérée ou en excès, mais elle se reproduira bientôt dans les mêmes conditions anormales.

2° La deuxième partie du traitement aura pour but d'atteindre les glandes sébacées elles-mêmes, et, par des topiques modificateurs, de changer leur manière d'être morbide ; d'y opérer une action substitutive et altérante qui ramène leur vitalité déviée à un état normal, et par conséquent rétablisse leur sécrétion dans des conditions physiologiques de quantité et de nature.

Pour obtenir ce résultat, on emploiera diverses lotions douées de propriétés excitantes et capables de modifier la sécrétion sébacée devenue vicieuse. Les di-

vers liquides que nous vous recommandons pour ces lotions sont :

Ou bien une solution de sublimé dans les proportions suivantes :

Eau distillée.	120 grammes.
Sublimé.	1 gramme.

En mettre une cuillerée à café dans un quart de verre d'eau froide.

Ou bien cette autre solution composée :

Teinture de benjoin	5 grammes.
Sulfure de potassium. . . .	5 grammes.
Eau	300 grammes.

En mettre une cuillerée à soupe dans un demi-verre d'eau froide.

Ou bien encore des badigeonnages répétés plusieurs fois par jour avec l'huile de cade pure.

Ces diverses lotions pourront être employées successivement, et aussi elles pourront être alternées avec les lotions alcalines indiquées plus haut.

Il va sans dire que si l'acné sébacée, quelle que soit sa forme, existe comme symptomatique d'une diathèse strumeuse, il ne faudra pas négliger le traitement de la diathèse dont elle est une manifestation.

VINGT ET UNIÈME LEÇON

Sycosis

Messieurs,

On désigne sous le nom de sycosis une affection inflammatoire des follicules pileux, caractérisée par une pustule entourant le point d'émergence des poils, siégeant sur une base habituellement indurée, et pouvant donner lieu à des complications phlegmasiques dans le tissu cellulaire sous-jacent, en forme d'abcès, de furoncles et de tubercules.

Le siége d'élection du sycosis est le menton, la lèvre supérieure, les parties latérales de la face, les régions sous-maxillaires, la nuque, les aisselles, le pubis, les cuisses, les jambes, en un mot, toutes les régions velues. Nous ne l'avons jamais vu sur le cuir chevelu, à la racine des cheveux, excepté sur la région sincipitale dans la calvitie.

On trouve le sycosis désigné encore et indifféremment sous le nom de *mentagre* (*menti* ἄγρα, maladie du menton). Nous rejetons cette dénomination comme mauvaise, car elle tendrait à faire croire que le menton est la seule région accessible au sycosis, tandis que nous avons vu qu'il peut envahir et occuper toutes les ré-

gions velues du corps. Nous mentionnons donc le nom de *mentagre* seulement comme mémoire et comme nom historique, puis nous le laisserons de côté pour nous servir uniquement du nom de *sycosis*.

Le sycosis est une des maladies de la peau les plus anciennement connues : Pline en donne une assez bonne description dans son *Histoire naturelle* (livre XXVII, chap. I). Il nous dit qu'elle régnait à Rome sous l'empereur Tibère; qu'elle y avait été apportée d'Asie par un chevalier romain; qu'elle était contagieuse par le contact, et qu'elle se transmettait par le baiser que se donnaient les Romains en manière de salut. Cette affection siégeait surtout au menton, mais elle envahissait aussi le visage tout entier (à l'exception des yeux), le cou, la poitrine, les mains; elle y produisait des lésions non douloureuses, mais d'une laideur repoussante, des boutons, des ulcérations, d'où s'échappait une humeur jaunâtre; les femmes en étaient exemptes. Le seul moyen, nous dit Pline, de guérir cette affreuse maladie, était de cautériser toutes les parties atteintes, et si la cautérisation n'était pas assez profonde, si elle ne pénétrait pas jusqu'aux os, le mal reparaissait; de sorte, ajoute l'auteur que nous citons, que si la maladie en elle-même était remarquable par ses hideuses difformités, son traitement n'était pas moins redoutable par les hideuses cicatrices qu'il laissait après lui. Cette description s'applique évidemment au sycosis.

Parmi les auteurs modernes, Bateman est le premier qui en ait donné une idée exacte. Rayer en a fait une assez bonne description, mais il ne connaît bien ni son siége anatomique précis, ni sa nature contagieuse, qu'il nie; aussi le traitement qu'il préconise se ressent-

il du vague, de l'incertitude, de l'ignorance qu'il a conservés relativement à la nature de cette maladie, contre laquelle il recommande les saignées du bras, les applications de sangsues faites en dehors des limites de l'éruption, etc.

Devergie décrit trois formes différentes de sycosis : deux formes pour ce qu'il appelle le *sycosis menti*, la forme *tuberculeuse* et la forme *pustuleuse*, et une troisième forme qu'il appelle la forme *pilaris* et qui a son siége sur le front, à la région temporale, au sommet de la tête, à l'occiput et dans toutes les régions tapissées de poils. Il ne connaît pas non plus le véritable siége anatomique du sycosis. Il a même soin de nous dire que ce ne sont pas les follicules pileux qui sont le siége du sycosis, que c'est la peau dans toute son épaisseur, le tissu cellulaire sous-cutané et les ganglions du cou qui peuvent se prendre et s'engager.

Hébra range le sycosis dans le troisième groupe de ce qu'il appelle *les dermatoses exsudatives chroniques*, et il le désigne indistinctement sous le nom de *sycosis* ou d'*acné mentagre*.

M. Bazin, et son élève M. Baudot, nous donnent, au point de vue anatomique, une très-juste idée du sycosis. M. Bazin est le premier qui ait su trouver et indiquer le véritable siége du sycosis. « La mentagre ou sycosis, nous dit ce maître, est une affection caractérisée par l'inflammation des follicules pileux. Elle peut se rencontrer dans le plus grand nombre des régions couvertes de poils, au pubis, aux aisselles et au cuir chevelu; mais elle se développe particulièrement sur les différentes parties de la face : la lèvre supérieure, la lèvre inférieure, le menton et les joues. » Il est le premier

aussi qui ait indiqué et démontré sa nature parasitaire.

Après avoir rendu à notre ancien et très-éminent collègue et maître la justice qui lui est due, nous nous permettrons de lui adresser quelques reproches. Et d'abord, il a le tort d'employer indistinctement dans sa définition, et comme synonymes, les deux dénominations de *mentagre* et de *sycosis*. Comment, en effet, avec la précision que doit toujours avoir le langage de la science, appliquer la dénomination de *mentagre* (maladie du menton) à une affection que nous pouvons rencontrer, il nous le dit lui-même, dans le plus grand nombre des régions couvertes de poils, au pubis, aux aisselles et au cuir chevelu? Mais ce n'est pas tout; nous allons voir M. Bazin, emporté par son irrésistible tendance à scinder, à diviser, à morceler les questions les plus homogènes, après les avoir trop agrandies, nous allons le voir faire pour le sycosis ce que nous lui avons reproché d'avoir fait pour l'impétigo. Nous l'avons vu, en effet, étendre démesurément les limites de l'impétigo, et de cette maladie dont les caractères sont si tranchés et si accentués dans le sens d'une individualité pathologique, d'une individualité morbide unique, nous l'avons vu dis-je, établir deux maladies, l'*impétigo* et la *mélitagre*. De même dans le sycosis, il va *distinguer et établir* deux variétés : la *mentagre pustuleuse* et le *sycosis*, suivant que, dans la lésion anatomique, il verra prédominer l'élément pustuleux ou l'élément papulo-tuberculeux. Toutes ces divisions ne sont-elles pas des complication et des difficultés créées arbitrairement, et qui nuisent l'intelligence des faits, en même temps qu'elles ont l'i: convénient de surcharger la mémoire de noms inutil

qui devraient être retranchés de la nomenclature dermatologique comme une superfétation stérile et encombrante?

Ce n'est pas tout encore; dans l'impétigo, M. Bazin avait vu, pour la scrofule, deux manifestations différentes, une bénigne et une maligne, suivant que les lésions cutanées étaient celles de l'impétigo ordinaire ou suivant qu'elles prenaient la forme de l'*impétigo rodens*. Et de même pour la syphilis il décrit deux variétés d'impétigo : la variété en forme bénigne et la variété en forme maligne. Nous avons démontré, dans notre conférence sur l'impétigo, que ces prétentions de notre illustre collègue et maître ne sauraient être admises, et que l'impétigo n'a aucun droit et aucun titre pour figurer dans l'histoire de la scrofule et de la syphilis. Or les prétentions séméiotiques de M. Bazin pour le sycosis sont encore bien plus étendues : « J'admets, dit-il, cinq espèces de mentagre : 1° une mentagre artificielle; 2° une mentagre parasitaire; 3° une mentagre syphilitique; 4° une mentagre arthritique; 5° une mentagre scrofuleuse. » Nous admettons avec M. Bazin le sycosis artificiel et le sycosis parasitaire, mais nous ne saurions lui concéder le sycosis syphilitique, qu'il avoue lui-même n'être autre que l'acné pustuleuse syphilitique. « L'affection, dit-il, réside plutôt dans les glandes annexées au follicule que dans le follicule lui-même. » S'il en est ainsi, pourquoi parler d'un sycosis syphilitique, lorsqu'il ne s'agit que d'une acné? Donc, pas de sycosis syphilitique. Il n'y a pas davantage de sycosis scrofuleux. Celui-ci, d'après le même auteur, aurait commencé par être parasitaire; mais, sous l'influence de la constitution scrofuleuse, l'inflammation des follicules pileux continuerait après la

destruction des parasites et il se formerait des ulcérations de nature scrofuleuse. Voilà ce que M. Bazin appelle le sycosis strumeux. Or, cette explication et cette dénomination ne peuvent être acceptées. En effet, lorsque le parasite a été détruit et que l'inflammation persiste en s'irradiant aux tissus périphériques, ce n'est plus un sycosis, c'est une inflammation siégeant dans la peau tout entière et même dans le tissu cellulaire sous-cutané, inflammation résultant du traitement employé, entretenue peut-être aussi par la mauvaise constitution du malade; mais, encore une fois, il n'y a pas là ou il n'y aura plus là de sycosis; donc nous n'admettons pas le sycosis strumeux; nous ne reconnaissons pas non plus le sycosis arthritique, puisque nous ne pouvons admettre la diathèse arthritique.

En résumé, nous dirons que c'est à M. Bazin le premier que revient l'honneur d'avoir assigné au sycosis son véritable siége anatomique; que c'est lui qui, le premier aussi, a reconnu et décrit sa nature parasitaire en démontrant l'existence du tricophyton dans le follicule pileux. Mais ensuite la vérité nous forcera d'ajouter que, sous la plume de ce maître, la nosographie du sycosis n'a eu ni la précision, ni l'exactitude, ni la netteté que semblait devoir lui assurer la désignation de son véritable siége et de sa véritable nature dans la plupart des cas.

Après cette excursion sur le terrain bibliographique, entrons maintenant dans le cœur même de notre sujet, et étudions le sycosis sous ses divers aspects, de manière à en avoir une idée à la fois précise et complète. Nous allons l'envisager successivement aux points de vue : 1° de ses lésions anatomiques, de leur évolution et de

leurs complications; 2° de son siége; 3° de ses symptômes et de sa durée; 4° de sa nature; 5° de son diagnostic et de son pronostic; 6° de son traitement.

LÉSIONS ANATOMIQUES, ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS DU SYCOSIS; SON SIÉGE, SA DURÉE ET SES SYMPTÔMES.

Anatomo-pathologiquement, le sycosis est caractérisé par deux lésions : un tubercule et une pustule.

Le tubercule est petit, à base étroite, s'enfonçant assez profondément dans l'épaisseur du derme; sa teinte est légèrement rosée; généralement, plusieurs tubercules sont réunis de manière à former un groupe. Ce groupe se dessine en une surface d'étendue variable, suivant le nombre des tubercules qui le constituent, et avec un relief variable aussi, suivant le développement de ces tubercules. Ces groupes forment des saillies ou nodosités appréciables à l'œil et au toucher. Il peut y en avoir plusieurs séparées par des espaces de peau saine, et, au bout d'un temps plus ou moins long, ces groupes tuberculeux, en prenant plus de développement, s'élargissent et se réunissent les uns aux autres, de manière à former de vastes surfaces tuberculeuses. Au toucher, ces masses ou nodosités sont dures, et, avec l'habitude d'un toucher délicat et exercé, on les sent inégales, mamelonnées et composées d'éléments multiples juxtaposés; ces éléments ne sont autres que les tubercules. Au bout d'un nombre de jours indéterminé, le sommet de chaque tubercule devient d'un gris jaunâtre; il s'y forme une sorte de tache; c'est la suppuration, c'est la pustule sycosique qui se produit ainsi sur le tubercule lui-même et à son sommet. Il en résulte que chaque

pustule repose sur une base indurée et que la réunion du tubercule et de la pustule forment une petite tumeur conique dont la base indurée ou tuberculeuse s'enfonce dans l'épaisseur de la peau, tandis que son sommet acuminé est pustuleux et fait une saillie à la surface des téguments. Les pustules sont petites, à base étroite; leur base est mesurée par le sommet de chaque tubercule; elles sont réunies en groupes, serrées les unes contre les autres, comme les tubercules eux-mêmes sur lesquels elles se sont produites. Ces pustules sont d'une couleur jaunâtre, formées par une gouttelette d'un pus épais; leur durée est de quatre à six jours et quelquefois davantage; au bout de ce temps, le pus, qui ne s'épanche jamais au dehors, se concrète et donne lieu à une croûte mince, noirâtre, peu adhérente, qui persiste à son tour pendant plusieurs jours aussi; après quoi, elle se détache, laissant à sa place une petite empreinte cicatricielle qui peut être définitive et qui recouvre un point induré. C'est la base du tubercule, qui avait précédé la pustule et qui lui survit. Chaque pustule est traversée par un poil qui en émerge à son point central.

Ainsi donc le sycosis est caractérisé par deux lésions anatomiques : un tubercule et une pustule. Le tubercule peut être plus ou moins développé, sa durée peut être plus ou moins longue, il peut être la lésion dominante; et réciproquement la pustule peut, elle aussi, prendre le développement le plus considérable, malgré le tubercule en quelque sorte; celui-ci peut rester à l'état rudimentaire et même faire défaut, la pustule étant alors la seule lésion anatomique appréciable. Eh bien! ce fait de la prédominance de l'un ou de l'autre des deux éléments du sycosis n'est qu'une irrégularité,

une anomalie pathologique, et il ne légitime pas les deux variétés que M. Bazin a voulu établir et le dédoublement de l'affection unique qui nous occupe en *sycosis* et en *mentagre pustuleuse*. Tels sont les deux éléments anatomiques qui constituent le sycosis; leur durée totale varie entre vingt et trente jours.

Nous venons de voir l'évolution des lésions sycosiques, prises isolément et individuellement; voyons maintenant l'évolution de l'affection qu'elles constituent.

Si l'éruption sycosique se produisait en une seule poussée, sa durée serait celle des lésions anatomiques que nous venons d'étudier, et quelle qu'ait été l'étendue de la région envahie, tout serait fini dans l'espace de vingt à trente jours, c'est-à-dire dans le laps de temps nécessaire à l'évolution de ces lésions. Mais il n'en est pas ainsi : le développement du sycosis est *successif;* il ne s'opère pas, comme celui de la variole et de l'impétigo, en une seule fois, en une seule poussée et comme en un seul jet; mais, semblable au contraire à celui de l'acné, il se fait en plusieurs fois, progressivement et successivement; de sorte qu'on ne trouve jamais dans le sycosis ce que l'on constate dans l'impétigo, dans la varioloïde, dans la variole, dans la rougeole, dans la scarlatine et dans toutes les affections à poussée unique et simultanée : on ne trouve jamais les lésions cutanées présentant, toutes ensemble, le même point, le même degré, la même période de leur évolution; on les trouve au contraire à des degrés différents de développement, puisqu'elles se sont produites à des époques successives. C'est ainsi que l'on verra en même temps, sur la même région, de petits tubercules sycosiques rouges, durs, sans suppu-

ration; des pustules jaunâtres à leur période d'état; des pustules croûteuses, c'est-à-dire à leur période de déclin, et de petites cicatrices, empreintes de pustules et de tubercules guéris. Ainsi le développement du sycosis, comme celui de l'eczéma, comme celui de l'ecthyma, comme celui de l'acné, se fait successivement, par intervalles et par poussées plus ou moins éloignées dans leurs manifestations. Il en résulte que la durée du sycosis est, comme celle des affections que nous venons de citer, variable et indéterminée, suivant le nombre de poussées qui se produisent. Le sycosis peut durer un ou plusieurs mois aussi bien qu'une ou plusieurs années.

Nous avons dit que le siége du sycosis est le follicule pileux. Le sycosis n'est rien autre chose que l'inflammation de la glande pilifère elle-même, de même que l'acné boutonneuse est l'inflammation des glandes sébacées et des glandes annexées aux follicules pileux pour les nourrir, eux et le cheveu produit de leur sécrétion. Cette inflammation se caractérise d'abord par l'hyperhémie congestive du follicule pileux, par sa tuméfaction et son induration. Le tubercule dont nous avons parlé plus haut n'est rien autre chose que le follicule pileux lui-même, enflammé, tuméfié et induré, de même que nous avons vu les tubercules de l'acné boutonneuse être constitués par la tuméfaction et l'induration inflammatoires des glandes sébacées de la peau, et des glandes annexes des poils.

A son premier degré, l'inflammation du follicule pileux se traduit donc par le gonflement hyperhémique de ce follicule, dont l'induration et l'hypertrophie se manifestent sous forme d'une nodosité tuberculeuse.

A son deuxième degré, l'inflammation sycosique ou,

ce qui est la même chose, l'inflammation du follicule pileux, détermine la formation du pus au centre du follicule; ce pus ne tarde pas à être apparent au point d'émergence du poil, sous forme d'une petite gouttelette jaunâtre que traverse le poil; telle est la pustule sycosique, et tel est son mode de production et de développement.

Mais ce n'est pas impunément pour le follicule pileux et pour son produit de sécrétion que leurs conditions vitales et leur état physiologique ont été changés. L'inflammation dont le follicule est devenu le siége porte à l'intégrité du poil une atteinte dont il est facile de se rendre compte : la suppuration qui distend la capacité du follicule et qui baigne la racine du poil ne tarde pas à détruire leurs rapports réciproques; l'adhérence du poil est diminuée, la moindre traction suffit pour l'extraire; souvent même il se détache de lui-même, il reste dans les pièces du pansement et tombe au plus léger contact, au moindre frottement. Le plus habituellement, il repousse; mais, comme le follicule qui lui donne naissance est malade et altéré dans sa structure, le nouveau poil n'aura plus ses qualités normales, il sera malade et altéré lui-même, il sera grêle, sans force, sans consistance, tordu sur lui-même, lanugineux, blanc; en un mot, ce sera un produit de sécrétion vicié, comme est vicié le follicule sécréteur. Si l'inflammation du follicule persiste pendant un temps assez long, non-seulement les poils sont détachés et tombent pour repousser dans de mauvaises conditions, mais il peut arriver, et il arrive en effet souvent, que cette inflammation devenant adhésive détermine l'occlusion du follicule. Celui-ci se trouvant oblitéré, annulé par conséquent, comme glande

sécrétante, ne peut plus produire de poil, et la calvitie incurable et définitive en est la conséquence forcée et irrémédiable.

Ces complications afférentes à l'état et à la sécrétion des poils ne sont pas les seules à craindre de la part du sycosis. Lorsqu'il existe sur une vaste surface, en d'autres termes, lorsque le nombre des follicules pileux enflammés est considérable, lorsque la maladie a été abandonnée à elle-même, qu'elle est ancienne et intense dans ses manifestations, l'inflammation ne reste plus localisée dans le follicule pileux, elle s'étend au tissu cellulaire sous-jacent. Celui-ci s'enflamme donc à son tour secondairement; toutes ses parties, qui sont envahies par l'inflammation, deviennent le siége d'une hyperhémie congestive, d'une tuméfaction qui affecte la forme de nodosités dont le volume variable peut devenir égal à celui d'une cerise, dont la surface large, arrondie, irrégulière, formant souvent au-dessus des parties saines une saillie considérable, est parsemée des pustules sycosiques. Alors toute la surface malade prend un aspect bosselé et mamelonné; ces bosselures, ces mamelons ne sont plus formés seulement par les tuberculo-pustules appartenant au sycosis lui-même, mais ils résultent surtout d'indurations consécutives dont le tissu cellulaire est devenu secondairement le siége, et ils constituent de nouveaux tubercules bien différents de ceux qui font partie intégrante du sycosis lui-même; tubercules extrinsèques à la maladie primitive, plus profonds quant à leur siége, puisqu'ils sont constitués par l'induration phlegmoneuse du tissu cellulaire sous-cutané.

Abandonnés à eux-mêmes ou soumis à un traite-

ment intempestif, ces tubercules peuvent suppurer; on les voit alors prendre une teinte plus rouge, une consistance plus dure, plus tendue; ils deviennent le siége de battements, de douleurs pulsatives; des abcès, des furoncles se forment dans leur intérieur, de sorte que, par-dessous les pustules sycosiques, en d'autres termes, par-dessous la suppuration qui se produit dans l'intérieur des follicules pileux, il s'en produit une autre plus large, plus abondante, au sein du tissu cellulaire sous-cutané devenu mamelonné, induré et tuberculeux.

On voit alors souvent des fissures s'opérer à la surface des téguments, au milieu des groupes de pustules sycosiques. Ces fissures ne tardent pas à s'ulcérer; elles donnent issue à une sanie purulente qui se concrète en croûtes épaisses et devient pour la peau une nouvelle cause d'irritation et d'inflammation. La figure du malade (nous disons la figure, puisqu'elle est le siége le plus habituel du sycosis), la figure du malade prend alors un aspect hideux; elle est recouverte d'une carapace croûteuse, épaisse, d'un jaune noirâtre, à travers les interstices de laquelle s'écoule du pus mélangé de sang, provenant d'ulcérations qui labourent toute l'épaisseur du derme mamelonné et s'enfoncent dans l'épaisseur des tubercules jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Il peut y avoir là, Messieurs, pour le diagnostic et pour le pronostic, une grave cause d'erreur, contre laquelle il faut que vous soyez prémunis. En effet, dans cette croûte épaisse, humide, suintante, recouvrant ainsi une vaste surface, vous trouvez les caractères de l'*impétigo larvalis* ou *figurata*. C'est la même disposition, c'est la même coloration, la même carapace croûteuse,

stalactiforme, rocheuse, suintante; c'est le même aspect hideux, repoussant. Si alors vous diagnostiquez un impétigo, si vous annoncez une guérison prompte devant être obtenue dans l'espace de huit à dix jours par la simple application de cataplasmes de fécule de pommes de terre bien cuits, réduits en une gelée homogène et maintenus d'une manière permanente sur les parties malades, vous recevrez un cruel démenti. Quand vous aurez, par vos cataplasmes, détrempé et fait tomber les croûtes, au lieu de voir, comme dans l'impétigo, les parties sous-jacentes sinon tout à fait saines, du moins n'offrant que de légères et très-superficielles excoriations, vous les trouverez au contraire mamelonnées, tuberculeuses, ulcérées et continuant à fournir une suppuration sanieuse qui aura sa source non pas seulement dans les parties les plus profondes du derme, mais encore dans le tissu cellulaire devenu tuberculeux, engorgé et phlegmoneux.

Il ne nous coûte pas de vous avouer que cette faute, contre laquelle je veux vous tenir en garde, je l'ai commise moi-même, il n'y a pas longtemps. Il s'agissait d'un homme de la salle Saint-Charles, que quelques-uns d'entre vous ont pu voir. Il avait toute la partie inférieure du visage couverte d'une vaste carapace croûteuse, épaisse, anguleuse, humide, suintante ; c'était un *impétigo larvalis*, je le déclarai, et j'annonçai en même temps qu'une fois les croûtes détachées, ce qui ne demanderait qu'une huitaine de jours, le malade serait guéri. Malheureusement j'avais commis une double erreur. Erreur de diagnostic : c'était bien un impétigo, mais non pas, comme je l'avais pensé à première vue, un impétigo simple, idiopathique ; c'était un impétigo

symptomatique, causé par l'inflammation sycosique, et quand cet impétigo, qui n'était qu'un *effet*, qu'une *conséquence*, aurait été détruit, la maladie primitive, importante, dégagée du masque qui la recouvrait, devait alors apparaître ; voilà ce que je n'avais pas compris tout d'abord, voilà mon erreur de diagnostic ; elle avait pour corollaire nécessaire une erreur de pronostic. En effet, la surface superficielle impétigineuse, n'étant pas la maladie principale, le pronostic devait être en défaut lorsqu'il ne se basait que sur elle, lorsqu'il n'avait tenu aucun compte du sycosis.

Vous voyez combien peuvent devenir graves les lésions anatomiques du sycosis non traité, abandonné à lui-même. Les lésions primitives, intrinsèques, ont peu d'importance en elles-mêmes. Au premier abord, c'est un simple gonflement inflammatoire du follicule pilifère qui se manifeste sous la forme d'un petit tubercule rouge et dur ; puis, c'est un point de suppuration, autrement dit, une pustule qui se produit dans l'épaisseur même du tubercule et qui couronne son sommet. Nous le répétons, en apparence ces lésions sont insignifiantes ; mais considérez combien, en réalité, elles prennent ou peuvent prendre d'importance : d'abord au point de vue de leur durée qui peut être indéfinie, puisqu'elles se développent par des poussées successives auxquelles il est impossible d'assigner un terme ; ensuite au point de vue de leurs complications : c'est, en premier lieu, la chute des poils, et quelquefois la calvitie sans remède, puisque le follicule pilifère a été oblitéré et détruit ; c'est, en deuxième lieu, l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, la production de tubercules larges, profonds, véritables tumeurs sous-dermiques qui peuvent

suppurer et devenir ulcéreuses; ce sont, en troisième lieu, des poussées impétigineuses qui résultent de l'intensité de l'inflammation des téguments et qui en deviennent une des manifestations, en même temps qu'elles complètent un ensemble de lésions d'une difformité hideuse et repoussante.

Abandonné à lui-même, ou soumis à un traitement inefficace, le sycosis peut durer un temps indéterminé, des mois, des années; il peut produire toutes les lésions, toutes les difformités que nous venons d'indiquer, et si, pendant ce temps-là, le malade gagnait la syphilis, ou si, primitivement, il était syphilitique ou scrofuleux, les lésions, les ulcérations sycosiques, pourraient se transformer en ulcérations syphilitiques ou scrofuleuses et prendre alors un caractère des plus redoutables.

Le sycosis peut dans des cas moins fâcheux se guérir de lui-même, et cela de deux façons différentes : le pus sécrété par le follicule pileux détruit une des causes les plus habituelles du sycosis, dont nous parlerons plus loin, le tricophyton; il détruit, en même temps, les points d'attache qui existent entre le follicule et le poil. Celui-ci ne tarde pas à tomber. La cause première du sycosis, le parasite qui avait produit l'inflammation du follicule, est détruite par la suppuration; le poil qui faisait, au centre du follicule, l'office d'un corps étranger et qui, à ce titre, entretenait l'inflammation, a été détruit aussi et éliminé par cette même suppuration, de sorte que l'inflammation du follicule pileux, n'ayant plus de raison d'être, cesse d'elle-même; le follicule, redevenu sain, sécrète un nouveau poil ayant ses qualités normales, et la guérison s'opère sans qu'il reste aucune trace de la maladie.

Mais d'autres fois, ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, après que l'inflammation a détruit le parasite et fait tomber le poil, elle devient adhésive et oblitère complétement le follicule, qui se trouve alors détruit lui-même comme glande sécrétante du poil; la sécrétion pileuse est donc abolie, le sycosis guérit, mais il laisse après lui une calvitie irrémédiable, puisque les follicules pileux n'existent plus.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON

Sycosis (*suite*).

Nous avons déjà dit que le sycosis se rencontre sur toutes les régions velues du corps : les aisselles, le pubis, les membres, la poitrine, la nuque, le cuir chevelu, quand il est à peu près dégarni de cheveux. Mais son siége le plus habituel est la face et le cou et, sur la face et le cou, il occupe les régions que recouvre la barbe. La détermination de son siége sur la figure est très-importante à considérer pour le diagnostic de sa nature, comme nous le verrons plus loin. En effet, s'il existe au menton, à la lèvre inférieure, sur les parois latérales des joues et dans les régions sous-maxilliaires, il y a grande chance qu'il soit parasitaire : c'est là, sur ce terrain et dans toute cette surface, qu'il se développe avec le plus de rapidité et le plus d'intensité ; c'est là surtout qu'on le voit se compliquer de l'inflammation du tissu cellulaire sous-dermique, de ces tubercules, volumineux et difformes, toujours disposés à la suppuration et à l'ulcération. Si au contraire il se produit à la lèvre supérieure, et qu'il y reste confiné, il y existe habituellement sous l'influence d'une cause locale, externe, non parasitaire, et alors il reste plus limité, plus circon-

scrit, moins grave, moins redoutable dans ses lésions, et plus exempt de complications.

Après avoir étudié les lésions du sycosis en elles-mêmes, au point de vue anatomique, dans leurs complications et dans leur siége, voyons-les maintenant au point de vue du malade, dans leurs rapports avec lui, c'est-à-dire relativement aux troubles locaux et généraux qu'elles entraînent; en d'autres termes, voyons quels sont leurs symptômes subjectifs.

Nous avons eu déjà l'occasion de faire remarquer que, dans les maladies de la peau, la gravité et l'intensité des lésions ne sont pas toujours proportionnées à l'intensité des accidents locaux et généraux. Ainsi des papules de lichen, des papules de prurigo, des plaques d'urticaire, lésions à coup sûr bien bénignes et sans importance par elles-mêmes, déterminent un prurit irrésistible, occasionnent des démangeaisons insupportables, souvent atroces, qui deviennent pour les malades un véritable supplice, une cause d'anorexie, d'insomnie, de fièvre : d'un autre côté, de vastes poussées psoriasiques, qui dénaturent la peau dans une grande étendue, la dessèchent, l'épaississent, la momifient, la couvrent de squames épaisses, ne donnent lieu à aucune douleur, à aucune gêne, à aucun trouble local ou général. Le rupia avec ses ulcérations profondes, larges, sanieuses, avec ses croûtes épaisses et noirâtres, est presque complétement indolore; il en est de même encore de l'impétigo, avec ses croûtes en carapace et son aspect si redoutable.

Le sycosis, comme l'acné avec laquelle il a tant de ressemblance, se trouve dans cette dernière catégorie de dermatoses, dont les lésions, malgré leur gravité

anatomique et malgré leurs complications sérieuses, ne donnent lieu à aucun trouble local ou général. L'éruption sycosique n'est pas douloureuse ; à peine si le malade en éprouve une légère tension, un peu de chaleur et de cuisson ; les mouvements de la partie malade ne s'en trouvent que peu ou point gênés. Mais si la douleur locale n'existe pas, il y a une difformité, une lésion d'aspect désagréable, repoussant même, qui fait le tourment, le supplice des malades par son caractère hideux et répugnant ; quelquefois, leur vie sociale s'en trouve modifiée, leurs relations, leurs travaux interrompus ; ils osent à peine sortir et paraître en public, ils se cachent, se confinent dans une sorte de claustration, d'isolement volontaire, tant ils souffrent moralement de se voir ainsi défigurés. Considéré sous ce rapport, le sycosis est sérieux : s'il n'amène aucune douleur locale, en revanche, il peut engendrer le chagrin, la mélancolie, l'ennui, le dégoût de la vie avec toutes ses conséquences. Il est du reste compatible avec la santé générale, qu'il ne trouble par aucune réaction et par aucun désordre fonctionnel.

NATURE DU SYCOSIS.

Si nous interrogeons sur ce sujet M. Bazin, il nous répondra : « J'admets cinq espèces de mentagre : 1° une *mentagre artificielle ;* 2° une *mentagre parasitaire ;* 3° une *mentagre syphilitique ;* 4° une *mentagre arthritique ;* 5° une *mentagre scrofuleuse.* »

Est-ce bien la vérité ? Le sycosis, au point de vue séméiologique, est-il réellement doué de caractères symptomatiques aussi variés ? Nous ne le pensons pas,

et voici nos raisons : nous commençons par éliminer le sycosis arthritique. Nous ne pouvons pas admettre la diathèse de ce nom, par conséquent nous dénions au sycosis, relativement à l'arthritis, un caractère pathologique qui nous semble purement imaginaire, ainsi que nous allons le dire et le démontrer dans un instant.

M. Bazin qui nous dit, à la page 226 de ses *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées*, qu'il admet un sycosis syphilitique, nous fait, *à la page* 227, la déclaration suivante : « La mentagre syphilitique n'est pas autre que l'acné pustuleuse syphilitique : l'affection réside plutôt dans les glandes annexées au follicule que dans le follicule pileux lui-même. » Ces paroles signifient très-explicitement qu'il n'y a pas en réalité de sycosis syphilitique, et que le sycosis déclaré syphilitique à la page précédente n'est pas un sycosis, mais une acné. Alors, pourquoi dire qu'on admet un sycosis syphilitique, lorsque, quelques lignes seulement plus loin, on est forcé de déclarer que, si l'on reconnaissait un sycosis syphilitique, on ferait une erreur de diagnostic et qu'on prendrait une acné pour un sycosis? M. Bazin se déjuge donc lui-même et professe comme nous en réalité, et en démentant ses propres paroles, qu'il n'y a pas de sycosis syphilitique.

M. Baudot, élève de M. Bazin, nous dit, dans son *Traité des affections de la peau* (page 98) : « Enfin le sycosis abandonné à lui-même ne guérit pas toujours et subit quelquefois même des transformations fâcheuses. Il n'est pas très-rare, en effet, d'observer la conversion du sycosis en affections graves et sérieuses, en syphilides et en scrofulides, si on le laisse persister pendant plusieurs années, et si le malade se trouve

soumis à l'influence de la syphilis ou de la scrofule pendant l'existence de cette affection. » — C'est donc ainsi que MM. Bazin et Baudot expliquent la formation du sycosis syphilitique et du sycosis scrofuleux. Le malade sycosique est primitivement soumis à l'influence de la syphilis ou de la scrofule ; son sycosis est abandonné à lui-même, sans traitement; et il dégénère en syphilides ou en scrofulides.

Mais d'abord, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ces nouvelles lésions, produit d'une dégénérescence diathésique, sont-elles bien encore du sycosis? — C'est ce que l'on ne nous dit pas. Ensuite cette dégénérescence n'a rien de spécial au sycosis. Ne sait-on pas que chez un syphilitique, par exemple, toute plaie, tout traumatisme, toute solution de continuité des tissus, accidentelle ou chirurgicale, peut se transformer en ulcération syphilitique? De là, au point de vue pratique, ce principe si important qu'il faut, chez un syphilitique, s'abstenir, autant que possible, de toute opération chirurgicale quelle qu'elle soit, sous peine de voir l'incision la plus simple se transformer en ulcération syphilitique.

Ces considérations si graves, l'absence de tout caractère pathognomonique sérieux et réellement distinctif, impossible à établir malgré tous les efforts nosographiques faits par M. Bazin, l'aveu qui finit par lui échapper (à la page 223) que « les mentagres scrofuleuses et syphilitiques ne sont que des pseudo-sycosis ; car les follicules pileux ne sont pas seuls altérés dans les scrofulides et les syphilides ; » tout cela, toutes ces raisons, nous permettent d'affirmer qu'il n'y a pas de sycosis scrofuleux ni de sycosis syphilitique. Il n'y a donc en

réalité que deux espèces de sycosis : le sycosis *idiopathique*, *artificiel* ou *accidentel*, *de cause locale*, et le sycosis *parasitaire*.

SYCOSIS ARTIFICIEL.

Toute cause irritante, agissant sur les follicules pileux et étant susceptible de les enflammer, peut produire un sycosis : ainsi l'irritation occasionnée par le tabac à priser, par un coryza chronique, par un écoulement nasal habituel, sanieux ou puriforme, par l'usage de cosmétiques, de poudres, de savons très-chargés d'odeurs, d'eaux de toilette également très-parfumées ; des frictions, des badigeonnages irritants ; l'emploi de l'huile de cade (l'éruption cadique est un sycosis) ; l'usage d'un rasoir ébréché, coupant mal, etc., tout cela peut donner un sycosis.

Le siége le plus habituel du sycosis artificiel est la lèvre supérieure, parce que c'est là que se fait le plus souvent sentir l'action des causes irritantes. Il s'y développe sur la ligne médiane, au-dessous du cartilage de la cloison ; il y représente une surface élevée, saillante, triangulaire, à base inférieure et à sommet supérieur, le sommet correspondant au bord inférieur du cartilage de la cloison. La surface malade est formée par les éléments du sycosis, c'est-à-dire par de petits tubercules durs, profonds, couronnés à leur sommet chacun par une pustule : ces pustules sont réunies par groupes ; elles constituent en quelque sorte des faisceaux ; elles sont serrées les unes contre les autres, étroitement unies, jaunâtres, traversées toutes, à leur centre par un poil qui en émerge à la partie la plus saillante. Ce

poil, au début de la lésion pustuleuse, est solide et conserve son degré d'adhérence normale ; au déclin de la pustule, dans sa période croûteuse, le poil est facilement détaché, il cède à une traction même légère, il peut même tomber de lui-même, mais il ne porte avec lui aucun vestige parasitaire, aucune altération. Chaque tubercule, chaque pustule, correspond à un follicule pilifère. La durée des tubercules est indéterminée ; la durée des pustules est de six à huit jours ; au bout de ce temps, chaque pustule se concrète et se couvre d'une petite croûte noirâtre, peu adhérente, qui persiste de quatre à six jours, et qui laisse après elle une induration représentée par la base du tubercule. L'éruption du sycosis artificiel est successive ; sa durée peut être très-courte, un mois seulement; elle peut être très-longue; il se développe lentement ; il reste limité à la partie médiane ou s'étend sur toute la lèvre inférieure, mais rarement il est compliqué de lésions inflammatoires du tissu cellulaire. Son siége de prédilection est la lèvre supérieure, mais il se rencontre partout : ainsi à la lèvre inférieure, au menton, partout où s'est fait sentir une action irritante ; sur les membres supérieurs et inférieurs, après plusieurs frictions avec l'huile de cade, par exemple. Les parties malades, quelles qu'elles soient, étant tuméfiées et enflammées, sont le siége d'une tension, d'une gêne, d'une roideur plus ou moins caractérisées dans leurs mouvements ; elles ne sont pas douloureuses à proprement parler. Abandonné à lui-même, le sycosis artificiel peut se guérir spontanément, lorsque la cause qui l'a occasionné est supprimée ; il peut aussi s'éterniser par une succession de poussées nouvelles. Sous l'influence d'un traitement convenable, il guérit dans l'espace de quatre

à six semaines, et quelquefois plus rapidement encore : tel est le sycosis artificiel.

Or, c'est lui que M. Bazin prétend dépendre de l'arthritis : pourquoi donc invoquer l'existence d'une diathèse problématique et mal définie, pour expliquer une lésion qui s'explique si bien, si facilement, si clairement, par les causes dont nous avons parlé ? A quoi bon s'ingénier à chercher un principe interne, obscur, profond, impossible à démontrer, lorsque l'évidence est là pour nous montrer l'action de causes locales incontestables? — M. Bazin est bien forcé de reconnaître ces causes locales ; il est trop bon et trop consciencieux observateur pour ne pas les constater. Mais il ne veut les considérer que comme des causes *occasionnelles* et *déterminantes*, faisant éclore des lésions en germe dans l'économie, et tout entières sous l'influence du principe ou de la diathèse arthritique. Or, s'il en est ainsi, si le sycosis est lié à une diathèse, s'il est arthritique, un traitement local ne suffira pas, il faudra de toute nécessité un traitement spécifique, un traitement antiarthritique ou alcalin, puisque M. Bazin considère le sirop alcalin comme un spécifique de l'arthritis. Il doit en être nécessairement de l'arthritis ce qu'il en est des autres diathèses : on ne guérit pas les scrofulides sans les iodiques, sans les autres antistrumeux ; on ne guérit pas les syphilides sans le mercure et sans l'iodure de potassium. Or le prétendu sycosis arthritique guérit uniquement par des moyens locaux et sans la moindre dose de sirop alcalin; donc ce sycosis n'est pas arthritique, il est purement et simplement artificiel; les causes sous l'influence desquelles il s'est développé le démontraient déjà, son traitement curatif le démontre

encore. Nous nions donc absolument le sycosis arthritique ; et nous soutenons, après l'avoir démontré, que ce prétendu sycosis arthritique n'est rien autre qu'un sycosis artificiel de causes exclusivement locales et sans aucune racine dans un état constitutionnel ou diathésique quelconque.

SYCOSIS PARASITAIRE.

C'est le plus fréquemment observé : il est produit par un parasite végétal appelé *tricophyton*, dont les spores ou sporules, pénétrant au sein du follicule pilifère, s'y développent, s'attachent à la racine du poil sous forme d'une gaîne blanchâtre ; ils l'altèrent, la ramollissent, la momifient et la détachent de son point d'insertion et de son adhérence au follicule, en sorte que le poil ne tarde pas à tomber de lui-même ou à céder à la plus légère traction. Nous avons vu qu'il en est ainsi déjà dans le sycosis artificiel, mais avec la différence suivante : dans le sycosis artificiel, le poil ne présente pas à sa racine de gaîne champignonneuse ; il tombe dans la dernière période de la maladie, au moment où les pustules deviennent croûteuses, lorsque le pus a eu le temps, par un séjour prolongé au centre du follicule, de désorganiser celui-ci et d'en détacher progressivement le poil. Dans le sycosis parasitaire, au contraire, la maladie commençant par le poil, étant inhérente au poil lui-même, c'est lui qui est tout d'abord atteint et avulsé de ses points d'attache au follicule ; et ce n'est que consécutivement à la maladie du poil que le follicule s'enflamme, suppure et devient malade lui-même et à son tour.

Le sycosis parasitaire débute ordinairement par l'*herpès circiné parasitaire* : les spores ou sporules tricophytiques, avant de pénétrer profondément au centre du follicule pilifère, commencent à produire leur action sur la couche la plus superficielle du derme, où ils déterminent l'éruption de ces petites vésicules disposées en un cercle régulier et qui caractérisent l'herpès circiné parasitaire. Si l'action irritante produite par le parasite sur le derme n'est pas assez intense pour amener la vésiculation de l'herpès circiné, elle détermine une simple rubéfaction qui se manifeste aussi sous la forme annulaire : c'est l'*érythème circiné parasitaire*.

D'autres fois encore, ce n'est ni un cercle vésiculeux ni un cercle érythémateux que détermine le champignon déposé à la surface de la peau, c'est une simple sécrétion épidermique furfuracée, souvent très-abondante, un véritable pityriasis, auquel M. Bazin a donné le nom de *pityriasis alba parasitaire*.

Ainsi donc la présence du tricophyton, de ses spores, sporules ou flocons champignonneux à la surface de la peau, a pour premier effet d'y déterminer une inflammation toute spéciale, *sui generis*, laquelle inflammation se caractérise par l'une ou l'autre des trois lésions suivantes : *un herpès circiné parasitaire; un érythème circiné parasitaire; un pityriasis alba parasitaire*. Ces trois lésions sont le plus souvent isolées; elles peuvent encore exister simultanément. Qu'elles soient isolées, qu'il n'y en ait qu'une seule ou qu'elles soient réunies, elles constituent dans leur individualité, aussi bien que dans leur ensemble, ce que M. Bazin a appelé le premier degré ou la première période de la teigne tonsurante.

Dans la deuxième période de la teigne tonsurante, l'altération des poils se prononce, le champignon a eu le temps de s'attacher à eux, de pénétrer jusqu'à leur racine, de former autour d'elle la *gaîne blanchâtre amiantacée* dont nous avons déjà parlé. Sous l'influence, sous l'étreinte du parasite, les poils deviennent malades; ils sont cassants, se brisent, se tortillent sur eux-mêmes, et finissent par tomber. Ils tombent par plaques circulaires comme l'étaient les poussées de l'herpès circiné ou de l'érythème circiné, et, après être ainsi tombés, ils laissent après eux une surface arrondie, régulière, une véritable *tonsure* qui a valu à cette forme d'herpès le nom d'*herpès tonsurant*.

Les *tonsures* ou surfaces dénudées, dépeuplées de poils, ont habituellement une coloration plus foncée que la peau saine qui les environne; elles paraissent également soulevées et saillantes, ce qui est dû à la turgescence et à l'hyperhémie dont les follicules pileux sont devenus le siége sous l'inflence des champignons qui les remplissent et qui ne vont pas tarder à y produire les lésions caractéristiques du sycosis parasitaire, c'est-à-dire de la troisième période de la teigne tonsurante. La deuxième période est donc signalée par l'altération, par la chute des poils et la formation des espaces dénudés ou *tonsures*.

Nous sommes heureux de rendre ici le plus complet et le plus sincère hommage aux magnifiques travaux de notre éminent collègue et maître M. Bazin, qui le premier a bien compris la question du sycosis parasitaire, l'a élucidée avec tant de perspicacité, et l'a exposée avec une si grande clarté et un si grand talent. Nous disons donc avec lui que le sycosis parasitaire est la troisième

période de la teigne tonsurante; qu'avant de pénétrer au centre du follicule pileux le parasite tricophytique a commencé par déterminer des accidents cutanés plus superficiels, moins graves, moins profonds (érythème circiné parasitaire, herpès circiné parasitaire, pityriasis alba parasitaire), première période; que dans une deuxième période les poils devenus malades, attaqués dans leur racine, altérés dans leur manière d'être, sont tombés, laissant après leur chute des espaces de peau circulaires, régulièrement dénudés sous forme de tonsures; que dans une troisième période enfin, sous l'influence du cryptogame qu'ils renferment, les follicules pileux se sont enflammés et ont suppuré en produisant ainsi tous les caractères du sycosis.

Telle est la filiation des lésions anatomiques et des diverses affections qui précèdent le sycosis parasitaire. Nous avons décrit plus haut quels sont les caractères du sycosis; nous ne les répéterons pas ici. Nous dirons seulement que le sycosis parasitaire est remarquable par l'intensité des lésions, par la rapidité de leurs développements, par leur extension et leur propagation à de larges surfaces. Le sycosis parasitaire siége surtout à la lèvre inférieure, au menton, sur les joues, sur les parois latérales de la face et dans les régions sous-maxillaires. Il peut exister aussi à la lèvre supérieure, mais il ne s'y concentre pas; il n'y reste pas limité comme le sycosis non parasitaire. L'inflammation déterminée et entretenue dans les follicules pileux par le champignon étant très-vive, les tuberculo-pustules sycosiques sont par suite très-développés, très-volumineux. C'est alors que l'inflammation dont ils sont le siége se propage au tissu cellulaire sous-cutané; c'est alors

qu'apparaissent ces soulèvements, ces nodosités, ces tubercules, ces furoncles, ces suppurations sous-dermiques qui se font jour à travers le derme fissuré et déversent à sa surface une sanie puriforme dont l'âcreté devient une cause nouvelle d'inflammation pour les parties atteintes. C'est dans ces cas que la figure des malades prend un aspect hideux, repoussant, qu'elle est mamelonnée, bosselée, labourée par des gerçures suintantes, et qu'elle se recouvre d'une épaisse carapace de croûtes impétigineuses qui dissimulent les pustules sycosiques.

Le sycosis parasitaire est donc plus grave que le sycosis artificiel, en raison de l'intensité plus grande de ses manifestations et de ses complications. Il est aussi plus fréquent; il est produit par la contagion, par le contact des parties qui en sont affectées, ou par le dépôt, sur les régions velues, de spores ou de fragments de tricophyton. C'est ainsi qu'on court risque de le gagner chez des coiffeurs et des barbiers, dont les instruments de toilette, peignes, brosses, rasoirs, savonnettes, serviettes, ayant servi à des personnes sycosiques, sont restés chargés de quelques spores de tricophyton, qu'ils transmettent et inoculent à ceux qui en font usage ensuite.

Le sycosis parasitaire, abandonné à lui-même, a une longue durée : il se propage et s'étend de proche en proche par la multiplication même du parasite, qui, déposé sur un seul point d'abord, ne tarde pas à y produire des germes qui s'inoculent aux follicules pileux voisins; cette rapide extension de la maladie est, nous l'avons déjà dit, un des caractères pathognomoniques de la nature parasitaire du sycosis. Il est impossible de lui

assigner une durée fixe. Il faut compter par mois et quelquefois par années. Plus la région atteinte est riche en follicules pileux, plus le tricophyton y trouve d'aliment, plus il peut s'y multiplier, comme se multiplie une semence quelconque sur un terrain qui lui convient et qui est fait pour elle, et plus longue est sa durée. Il ne se termine que par la destruction même des parasites, du dernier des parasites; si l'art ne s'en mêle pas, ou s'il s'en mêle d'une manière inhabile et insuffisante, la nature sera longue à opérer par elle-même cette destruction. Elle finit par y réussir cependant et voici comment :

Lorsque le follicule pilifère enflammé suppure, le pus qu'il contient détache, petit à petit, la racine du poil; il l'énuclée et le fait tomber; le poil, en tombant, entraîne avec lui le champignon qui l'étreignait, qui formait autour de sa racine cette gaîne blanchâtre, amiantacée, dont nous avons déjà parlé. C'est là une véritable épilation, faite par la nature elle-même. Le plus souvent, il est vrai, et c'est là ce qui prolonge la maladie d'une manière quelquefois indéfinie, des spores sont restés au centre du follicule et ils y produisent un nouveau champignon qui s'attache à un nouveau poil sécrété par le follicule. Ce poil, de mauvaise nature, sans vitalité, est à son tour énucléé par le pus, comme l'avait été le premier. Il tombe et emporte avec lui les produits champignonneux que contenait le follicule. Celui-ci, après avoir été ainsi débarrassé une ou plusieurs fois, par une sorte d'épilation naturelle, des poils malades et champignonneux, peut se trouver débarrassé aussi de tout vestige parasitaire; alors l'inflammation dont il était le siége se calme, il revient à son état

naturel, un poil nouveau et normal est formé par le follicule redevenu sain, et le sycosis se trouve ainsi guéri, naturellement et sans laisser de traces.

D'autres fois, après une ou plusieurs énucléations pileuses successives, et après l'élimination de tout vestige parasitaire, le follicule s'oblitère, la sécrétion pileuse est abolie, et le malade guérit, mais avec une calvitie irrémédiable. Le champignon se trouve donc ainsi entraîné hors des follicules pileux, dont il avait pris possession, par l'énucléation pileuse que le pus opère de lui-même. Mais, d'autre part, le pus exerce sur la vitalité du champignon une action destructive et délétère, de sorte que le parasite, baigné par le pus au centre du follicule pileux, s'y trouve en quelque sorte étouffé et empoisonné en même temps qu'il en est emporté par l'élimination des poils. Tels sont les divers modes de guérison naturelle et spontanée du sycosis parasitaire.

Ici encore, nous devons rendre à M. Bazin, *corde magno*, et sans aucune réserve, toute la justice qui lui est due; c'est à lui que revient et qu'appartient le mérite de ces notions si belles, si intéressantes et si positives. *Rendre à César ce qui appartient à César* est non-seulement un devoir pour tout cœur honnête, c'est encore un bonheur.

Nous l'avons dit tout à l'heure, le sycosis parasitaire peut guérir naturellement, sans laisser aucune trace, et sans que la sécrétion pileuse soit altérée. Les poils sont aussi beaux et aussi nombreux après la maladie qu'ils l'étaient auparavant, mais il n'en est pas toujours ainsi : dans des cas moins heureux, le sycosis parasitaire laisse après lui la calvitie. Nous avons indiqué com-

ment elle se produit. Quelquefois aussi, comme traces de son passage, on trouve après lui des cicatrices, des coutures indélébiles qui succèdent aux tubercules, aux crevasses, aux suppurations qui s'étaient formés au sein du tissu cellulaire sous-cutané et qui avaient altéré toute l'épaisseur de la peau. Ce sont des difformités indélébiles aussi.

Le sycosis parasitaire et le sycosis non parasitaire existent dans les deux sexes, quoi qu'en ait dit Pline, qui prétend que, lors de sa première apparition à Rome, les femmes en étaient exemptes. Mais il est beaucoup plus commun chez les hommes par deux motifs : le premier, c'est qu'ils sont plus exposés aux causes qui le produisent, en raison de leur barbe et des soins qu'elle nécessite ; le deuxième, c'est que les follicules pileux étant chez eux infiniment plus nombreux et plus développés que chez la femme, le sycosis y trouve par conséquent un terrain beaucoup plus favorable pour s'y implanter et s'y propager.

VINGT-TROISIÈME LEÇON

Sycosis (*suite*).

DIAGNOSTIC.

Rappelons, en quelques mots, quels sont les traits pathognomoniques du sycosis. Deux lésions anatomiques le caractérisent : des tubercules petits, rougeâtres, à base étroite, profonds; des pustules entées sur ces tubercules, petites aussi, tassées, serrées les unes contre les autres, de manière à former des groupes jaunâtres durant de quatre à six jours, traversées à leur sommet par un poil, ne déversant jamais en dehors le pus qu'elles contiennent, se recouvrant de croûtes minces, peu adhérentes, brunâtres, qui persistent de trois à six jours. Ces lésions se produisent par poussées successives, de manière à prolonger d'une manière indéterminée la durée de la maladie, qui prend pour siége toutes les régions velues et en particulier les parties velues de la figure.

Quelles sont donc les autres affections cutanées qui pourraient être confondues avec le sycosis?

Serait-ce l'impétigo? Non, car les pustules de l'impétigo, réunies sur un fond érythémateux, sont petites, confluentes, superficielles; elles n'ont qu'une durée

éphémère, et sont remplacées par des croûtes épaisses, suintantes, et d'un jaune de miel caractéristique.

Serait-ce l'ecthyma? Non, car les pustules de l'ecthyma sont larges de base, reposant sur une surface dermique érythémateuse, et entourées d'une auréole inflammatoire; leurs croûtes sont noires, sèches, persistantes, fortement adhérentes et enchâssées dans le derme.

Serait-ce l'acné boutonneuse? Ici, nous l'avouons, la confusion serait plus facile; en d'autres termes, le diagnostic est plus difficile. En effet, de part et d'autre, les lésions anatomiques sont les mêmes : tubercules et pustules; le siége de prédilection est le même : le visage; le mode d'évolution est le même : développement successif; la marche de la maladie est la même ainsi que sa durée : lente, chronique, indéterminée; des deux côtés enfin, pas de douleur locale, pas de réaction générale. — Voilà, à tous les points de vue, de grandes et de nombreuses similitudes, bien faites pour embarrasser le clinicien; cependant, avec une attention et une observation délicates, le diagnostic est possible. Et d'abord, rappelons que le siége anatomique des deux affections est différent : dans l'acné, ce sont les glandes sébacées et les glandes annexes des poils qui sont malades; dans le sycosis, ce sont les follicules pilifères eux-mêmes.

Les lésions anatomiques sont les mêmes : tubercules et pustules. Mais les tubercules de l'acné boutonneuse sont plus superficiels, plus saillants, plus larges, plus étalés; ils sont entourés d'un cercle érythémateux et quelquefois, comme dans la forme congestive ou couperosique, ils émergent au milieu d'un véritable exanthème. Lorsque l'acné siége dans les glandes sébacées

de la peau, les pustules acnéiques ne sont pas traversées par un poil, comme les pustules sycosiques; lorsque l'acné siége dans les glandes annexes des poils, les pustules acnéiques sont bien traversées par un poil, comme les pustules sycosiques, mais au point d'émergence de ce poil elles offrent une dépression, une ombilication résultant, ainsi que nous l'avons dit à propos de l'acné varioliforme, de ce que le niveau du follicule pilifère, resté sain, est dépassé par celui des glandes annexes, dont l'inflammation et la suppuration ont augmenté le volume. De plus, dans le sycosis parasitaire ou non parasitaire, la racine du poil étant baignée dans le pus, finit par perdre ses adhérences avec le follicule, et le poil se détache, tombe de lui-même, ou cède à la plus légère traction. Dans l'acné boutonneuse, au contraire, le follicule pilifère restant en dehors de la suppuration, le poil n'est nullement atteint, et il reste implanté dans le follicule avec son degré d'adhérence normale et son intégrité parfaite.

Le siége de prédilection des deux affections est le même : le visage; mais le sycosis se développe de préférence, et presque exclusivement, sur les régions du visage, qui sont velues : ainsi, sur la lèvre supérieure, sur le menton, sur les parties latérales des joues; l'acné boutonneuse, au contraire, choisit les parties du visage dépourvues de poils : ainsi, le nez, le front, les pommettes.

Les deux affections ont la même chronicité, la même marche, le même mode de développement successif. Mais, quelle que soit sa durée, l'acné, qui est plus superficielle dans son siége, et dont le processus inflammatoire se porte avec plus de facilité à la surface des téguments (la tache couperosique en est une preuve), ne

donne jamais lieu, comme le sycosis, à ces complications graves et profondes qui se produisent en plein tissu cellulaire, à ces nodosités tuberculeuses, phlegmoneuses et furonculeuses qui suppurent, et dont le pus est déversé au dehors, à travers l'épaisseur du derme fissuré.

Ainsi, malgré les points nombreux de ressemblance qui existent entre le sycosis et l'acné boutonneuse, les dissemblances, quand on veut bien y regarder de près, sont assez tranchées pour que le diagnostic soit toujours possible. A plus forte raison en est-il ainsi des autres affections cutanées, telles que l'ecthyma et l'impétigo, dont les analogies avec le sycosis sont beaucoup moins marquées.

Mais diagnostiquer un sycosis, le discerner au milieu des quelques dermatoses qui ont avec lui certains caractères communs, certains traits de similitude, ce n'est pas tout, ce n'est là que la première partie du diagnostic; il s'agit encore de diagnostiquer quelle est la nature du sycosis. Ainsi, un sycosis étant donné, est-il artificiel? Est-il parasitaire? Quels sont les caractères spéciaux qui distinguent le sycosis tenant à une cause externe du sycosis dépendant de l'existence du tricophyton? On comprend de quelle importance est ce diagnostic de la nature de la maladie, pour le pronostic et pour le traitement. Les deux espèces de sycosis recherchent, l'une et l'autre, comme siége de prédilection, les régions velues de la face; elles sont l'une et l'autre caractérisées par les mêmes lésions anatomiques (tubercules et pustules); elles ébranlent, elles détachent l'une et l'autre, les poils dont la chute, dans un cas comme dans l'autre, peut être irrémédiable et sans retour pos-

sible. Voilà certes bien des traits communs et embarrassants pour le diagnostic. Voyons donc quels sont les traits distinctifs.

Le sycosis artificiel ou de cause externe siége de préférence sur la lèvre supérieure, sur la ligne médiane, au-dessous de la cloison médiane des fosses nasales; c'est là qu'il débute, et, de ce point initial, il gagne, petit à petit, mais lentement, une surface plus ou moins considérable de la lèvre supérieure. Rarement il la recouvre tout entière; ses progrès sont très-lents, il est limité et restreint dans son étendue. Les poils qui traversent les pustules ne commencent à perdre de leur solidité qu'à une époque avancée de la maladie, quand le pus contenu dans le follicule a eu le temps de les en détacher. C'est alors seulement qu'on les arrache facilement; ils ne présentent aucun vestige de champignon; leur racine est intacte et n'est nullement entourée de la gaîne blanchâtre amiantacée constituée par le tricophyton dont nous avons parlé plus haut. Dans le sycosis artificiel, les accidents inflammatoires sont peu prononcés, le développement des tuberculo-pustules n'est jamais bien considérable; souvent la guérison a lieu rapidement et d'elle-même, sous l'influence de quelques applications émollientes, et quelquefois par le seul fait de la suppression de la cause productrice. Cette cause, c'est un coryza chronique, c'est un écoulement purulent venant des fosses nasales, c'est le tabac à priser, c'est un rasoir ébréché, c'est l'usage de cosmétiques, ce sont encore des badigeonnages répétés avec une liqueur irritante, telle que l'huile de cade, la teinture d'iode, une solution de sublimé, des pommades irritantes, etc. Eh bien! que ces causes viennent à cesser, par cela

même, le sycosis qu'elles avaient développé pourra cesser aussi ; il n'est nullement contagieux. Ajoutons encore que ce n'est pas dans le sycosis artificiel que se montrent les complications inflammatoires cellulaires, les nodosités tuberculeuses, les suppurations sous-dermiques, les fissures suintantes par lesquelles s'écoule le pus qui se concrète pour former la carapace impétigineuse que nous avons décrite plus haut.

Le sycosis parasitaire, au contraire, est contagieux et inoculable ; il choisit de préférence pour siége le menton, les régions latérales des joues et les régions sous-maxillaires ; ses développements sont plus rapides et plus étendus ; il occupe une surface plus considérable, son extension étant le résultat de la propagation du tricophyton. La maladie commençant par le poil, on en constate l'altération dès le début : l'ébranlement, la chute en sont plus précoces et plus habituels ; des gaînes tricophytiques apparaissent autour des racines pileuses ; les accidents inflammatoires étant déterminés et entretenus par l'existence du parasite sont, par cela même, plus prononcés, plus intenses, et se compliquent volontiers, par le fait même de leur intensité, de l'inflammation du tissu cellulaire sous-jacent, qui amène tous les désordres locaux graves ci-dessus mentionnés. Enfin, si le sycosis parasitaire, abandonné à lui-même, peut guérir spontanément, cette guérison est beaucoup plus tardive, et elle ne s'opère qu'après la chute de tous les poils, après l'avulsion et la destruction de tous les parasites. Tels sont les caractères distinctifs à l'aide desquels on pourra facilement diagnostiquer la nature du sycosis et discerner le sycosis parasitaire du sycosis de cause externe.

PRONOSTIC

Le pronostic du sycosis est assez sérieux, en raison de son siége profond, de sa durée presque toujours longue. de la chute des poils qu'il occasionne, du traitement douloureux qu'il nécessite, des accidents inflammatoires intenses dont il se complique quelquefois, et de la calvitie définitive dont il peut être la cause. Mais ces accidents inflammatoires, ces complications, ces difformités, cette durée si longue, cette menace de la calvitie, ce danger de la contagion appartenant au sycosis parasitaire, il en résulte que son pronostic est beaucoup plus sérieux que celui du sycosis de cause externe.

TRAITEMENT DU SYCOSIS

Si nous avons dû payer à M. Bazin un juste tribut d'éloges en raison du siége anatomique, de la nature parasitaire du sycosis et de la filiation des accidents tricophytiques qu'il a su découvrir, déterminer et indiquer avec tant de précision, nous devons reconnaître qu'il n'a pas moins bien mérité de la science à propos du traitement de cette maladie. C'est lui, en effet, qui a conçu et qui a formulé le véritable, le seul traitement efficace du sycosis, c'est-à-dire l'épilation.

Le sycosis est une maladie inflammatoire, c'est l'inflammation des follicules pilifères; les cataplasmes, les diverses applications émollientes sont donc indiqués; mais le poil implanté au milieu du follicule pilifère est comme une épine, comme un corps étranger, dont la

présence entretient l'inflammation : il faut donc l'enlever. En le faisant disparaître, on débarrasse le follicule pilifère d'un véritable corps étranger, dont la présence ne fait qu'entretenir, augmenter et perpétuer l'inflammation; on dégorge le follicule, on y produit une sorte de débridement intérieur, de petite saignée locale résolutive et déplétive, on l'ouvre, on le rend plus facilement perméable, on établit entre lui et les topiques émollients ou modificateurs un contact direct, puisque le poil qui obstruait son canal excréteur a été enlevé. Rien ne s'oppose plus à ce que l'action émolliente résolutive et substitutive des topiques pénètre dans son intérieur. Telles sont les données sur lesquelles se fonde l'épilation dans le sycosis, et telle est sa théorie, quelle que soit la nature du sycosis, qu'il soit de cause externe ou qu'il soit parasitaire.

S'il est parasitaire, l'indication de l'épilation est encore bien plus formelle, car, outre qu'elle produit le dégorgement, le débridement intérieur dont nous avons parlé, outre qu'elle arrache le poil, devenu comme une épine et comme un corps étranger au milieu du follicule enflammé, elle débarrasse en même temps ce follicule de la présence du parasite, du champignon attaché autour de la racine du poil, sous forme d'une gaîne blanchâtre, semblable à de l'amiante. Le parasite, en séjournant dans le follicule, contribue aussi, pour sa bonne part, à y entretenir une inflammation dont il a été la cause première et le principal agent; l'indication de l'enlever, de l'extirper est donc positive, et le moyen le meilleur et le plus sûr d'y réussir, c'est d'enlever le poil auquel le champignon s'est attaché. Or, avant M. Bazin, personne n'avait songé à l'épilation,

d'abord parce que personne n'avait reconnu la nature parasitaire de l'affection. M. Devergie en est encore à prescrire la saignée générale au début, pour arrêter, dit-il, les progrès de la maladie. M. Bazin est donc le premier qui ait prescrit l'épilation; il la prescrit, non pas seulement contre le sycosis parasitaire, mais encore contre le sycosis arthritique qui, pour nous, n'est que le sycosis artificiel ou de cause externe. Cette méthode de l'épilation, appliquée non pas seulement au sycosis parasitaire, mais encore au sycosis artificiel, est conseillée et pratiquée par notre excellent ami le docteur Piogey, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, qui a attaché son nom, de la manière la plus honorable, à l'étude de plusieurs dermatoses, de la gale en particulier.

Quand il s'agit du sycosis parasitaire, l'épilation n'a pas seulement l'avantage d'arracher le poil et en même temps le parasite, elle a encore celui d'assurer un accès aux différents parasiticides employés pour détruire le parasite jusque dans ses derniers vestiges; elle leur permet de pénétrer jusque dans le follicule pilifère, et de s'y mettre en contact avec les germes et les débris champignonneux qui y sont restés, et qui n'auraient pas manqué d'y repulluler.

Nous ne saurions donc trop recommander le principe de l'épilation. Mais nous devons l'avouer, telle que M. Bazin la prescrit, elle nous paraît tout à fait insuffisante; aussi nous y ajoutons des mouchetures, des scarifications pratiquées avec la lancette ou le bistouri; c'est là un complément que nous regardons comme nécessaire et dont l'expérience, depuis plusieurs années, nous a montré les excellents résultats.

Rappelons-nous en effet que l'épilation n'a pas seu-

lement pour but d'enlever le poil et le parasite, mais encore d'opérer, au sein du follicule, un débridement, une sorte de saignée locale déplétive. Or ce double résultat n'est que bien faiblement obtenu par la seule avulsion du poil. L'épilation doit encore donner, aux parasiticides déposés à la surface des parties malades, un libre accès dans l'intérieur du follicule; mais, à ce point de vue encore, l'épilation seule est insuffisante, car le pertuis capillaire qui donnait passage au poil, aussitôt qu'il en est débarrassé, ne tarde pas à s'oblitérer par la rétraction et l'adhésion des parties molles qui le formaient; par conséquent, la pénétration des agents parasiticides, au centre du follicule, ne s'opère que d'une manière incertaine et incomplète; ainsi donc l'épilation, excellente en théorie, est moins bonne dans ses résultats pratiques, qui sont insuffisants la plupart du temps. Cette insuffisance est encore bien plus évidente lorsque le sycosis se présente avec des complications inflammatoires du côté du tissu cellulaire, lorsque les tuberculo-pustules sycosiques sont implantés sur des nodosités, sur de volumineux tubercules formés par le tissu cellulaire enflammé. C'est dans ce cas surtout que se pose l'indication de débridements, de saignées locales déplétives. Or, de bonne foi, l'avulsion du poil produit-elle ce résultat dans des conditions assez larges? — Évidemment non. — Voilà pourquoi, il n'en faut pas douter, les accidents sycosiques sont si tenaces, si persistants ; voilà pourquoi les complications inflammatoires du tissu cellulaire sont si rebelles et produisent tant de difformités; voilà pourquoi la destruction du parasite, au centre du follicule pileux, est si longue, si difficile, et retardée par tant de repullulations.

Ce sont ces considérations cliniques, déduites de l'observation et de l'expérience, qui nous ont montré combien l'épilation seule est insuffisante à tous les points de vue, et qui nous ont fait chercher un moyen de suppléer à cette insuffisance; or ce moyen consiste en débridements, en mouchetures, en scarifications que nous pratiquons sur toutes les parties épilées.

Telle est la théorie, tel est le principe du traitement du sycosis; voyons maintenant comment ce traitement doit être appliqué.

Un sycosis étant donné, s'il est artificiel ou de cause externe, la première chose à faire, c'est de supprimer la cause qui le produit et qui l'entretient; s'il résulte de l'usage des cosmétiques, d'un savon trop chargé d'huile essentielle, il faut se hâter de remplacer ces agents de toilette irritants par des lotions et des applications exclusivement émollientes. Si le sycosis est la conséquence de l'irritation causée par un mauvais rasoir, on devra ne plus couper la barbe qu'avec des ciseaux, courbés sur le plat, afin d'éviter à la peau tout contact, même le contact du rasoir le mieux effilé; la barbe devra être coupée au niveau de la peau, afin que les cataplasmes de fécule de pommes de terre bien cuits, qui seront tenus à demeure sur les parties malades, puissent exercer sur ces parties leur influence émolliente.

Généralement, pour un sycosis artificiel commençant, ces seuls moyens thérapeutiques suffisent : la suppression des causes, des applications émollientes, des bains locaux émollients, prolongés et répétés plusieurs fois par jour. On voit alors, au bout de huit à dix jours, les élevures formées par les tubercules sy-

cosiques s'affaisser, s'aplatir, devenir plus pâles, moins rouges; la maladie est entrée dans une voie de résolution, et l'inflammation s'éteint avant même que les pustules se soient formées. Le sycosis disparaît avant d'en être arrivé à la deuxième période de son évolution; d'autres fois, il ne s'efface qu'après la période pustuleuse; ainsi en est-il habituellement du sycosis produit par les frictions d'huile de cade, éruption si commune dans le cours du traitement du psoriasis.

Mais si, malgré la suppression des causes et malgré ce traitement émollient, la turgescence inflammatoire des follicules pilifères ne disparaît pas, soit avant, soit pendant ou après la période de suppuration, il faut attribuer cette persistance de l'inflammation à la présence du poil qui fait l'office d'un corps étranger, donnant par sa présence un surcroît d'inflammation au follicule, au sein duquel il a perdu droit de domicile par le fait même de l'état phlegmasique de ce follicule.

C'est alors que l'épilation doit être pratiquée. Cette opération est très-simple : on saisit, avec une petite pince, chaque poil isolément, immédiatement au-dessus de son point d'émergence, afin d'éviter qu'il ne se casse; on lui imprime un mouvement brusque et saccadé de traction qui détache sa racine, détermine son avulsion et l'amène au dehors. Il faut arracher ainsi successivement tous les poils de la région malade, dans une ou plusieurs séances. Si le gonflement inflammatoire est peu considérable, si les tuberculo-pustules sycosiques ne forment pas une agglomération tendue, rouge, saillante et confluente, l'épilation seule

suffira; il est bien entendu qu'elle sera suivie de cataplasmes de fécule de pommes de terre tenus en permanence sur les parties épilées, et dont la présence doit être maintenue jusqu'à ce que toute trace phlegmasique ait disparu.

Mais si les conditions que nous énumérons plus haut existent, c'est-à-dire si l'inflammation est très-développée, s'il y a de la tension, de la confluence, l'épilation seule sera insuffisante; c'est alors qu'il faudra la faire suivre de scarifications ou de mouchetures. Avec une pointe de lancette, on pratiquera un nombre plus ou moins considérable de piqûres sur la surface malade; on opérera ainsi des débridements, et une saignée locale, plus efficace assurément que la seule épilation. Généralement ce traitement énergique, suivi d'applications émollientes maintenues avec persévérance, suffit alors. On voit toutes les parties malades se détendre, s'affaisser, et de nouveaux poils repoussent dans leur condition normale de force, de direction, de volume et de couleur.

Mais, dans des cas réfractaires, il arrive que l'inflammation n'a pas cédé : le follicule pilifère est resté tendu, volumineux, phlogosé. Sous cette influence maladive, il a produit un poil malade lui-même; ce poil nouveau est grêle, blanc ou rouge, tortillé, sans force, sans vitalité suffisantes. Il faut alors pratiquer une deuxième épilation, et quelquefois, quinze ou vingt jours plus tard, une troisième, si les poils ne sont pas encore redevenus normaux. Mais cette opiniâtreté de l'inflammation, entraînant la nécessité d'épilations successives multiples, est beaucoup moins fréquente si on a eu soin, après chaque épilation, de pratiquer des

mouchetures suivant le procédé que nous avons indiqué.

Tel est le traitement du sycosis artificiel.

Le sycosis parasitaire devra être combattu par les mêmes moyens, seulement plus énergiques encore. Nous avons vu en effet qu'il est signalé par une inflammation plus intense, par un développement flegmasique plus considérable des follicules pileux, par une extension plus rapide et plus large de l'inflammation à de plus larges surfaces; nous avons vu aussi que c'est dans le sycosis parasitaire surtout que se trouvent les complications inflammatoires provenant du tissu cellulaire, les engorgements phlegmoneux, furonculeux et tuberculeux; c'est donc le cas d'intervenir avec la plus grande énergie. De plus, cette énergie, cette rapidité thérapeutique sont encore recommandées par l'existence du parasite qui pullule, se multiplie et se propage de proche en proche et de follicule en follicule.

Sans doute, abandonné à lui-même, le tricophyton finirait par être détruit par la suppuration. Le pus en effet sécrété dans les follicules pileux, nous l'avons déjà dit, tue la vitalité du champignon en même temps qu'il l'énuclée avec le poil. Mais après combien de temps, après quelles graves lésions et quelles complications ce résultat serait-il obtenu? Le follicule pileux, après avoir été si longtemps baigné et rempli par le pus, ne serait-il pas désorganisé et oblitéré? la papille pilifère ne serait-elle pas détruite? et alors une calvitie définitive ne serait-elle pas la conséquence de cette longue inaction thérapeutique?

Il faut donc agir contre le sycosis parasitaire; et cette action doit être prompte et énergique. Ici l'épilation est triplement indiquée, d'abord par l'inflammation

elle-même du follicule, puis par le danger de voir cette inflammation se propager aux follicules voisins et au tissu cellulaire sous-jacent, et enfin par la présence du tricophyton qu'il faut extirper le plus vite et le plus complétement possible.

Il faut, disons-nous, épiler le plus promptement possible, en raison de l'intensité de l'inflammation et des dangers des complications du côté du tissu cellulaire. C'est le sycosis parasitaire qui amène l'inflammation la plus vive, celle qui s'étend à une plus grande surface, et qui éveille, le plus souvent, la phlogose, l'induration tuberculeuse et la suppuration du tissu cellulaire; il faut donc tout faire pour arrêter le développement de cette inflammation; or l'épilation est le moyen le meilleur et le plus efficace. La même indication est encore posée par l'existence du parasite qu'il faut extraire le plus tôt possible, car sa présence entretient l'inflammation, et ses spores la propagent de proche en proche aux follicules voisins. Si nous ne considérons dans le sycosis parasitaire que la lésion inflammatoire, avec ses complications développées dans le tissu cellulaire, nous vous dirons : Épilez tout de suite, le plus complétement et le plus largement possible, puis faites des mouchetures nombreuses : qu'elles pénètrent jusque dans les tubercules cellulaires, qu'elles y opèrent de vastes débridements, des saignées locales qui éteignent l'inflammation et préviennent la suppuration; dans le cas où celle-ci se serait déjà formée, ces mouchetures lui ouvriront une issue large et facile et éviteront les fissures, les éraillures du derme que le pus finit par produire, pour se frayer une voie et une issue à travers leurs interstices.

Si maintenant nous considérons le parasite lui-même, nous vous dirons encore : Épilez afin d'extraire le tricophyton en même temps que le poil; épilez plusieurs fois, à bref délai, afin qu'à chaque épilation vous enleviez, en même temps qu'un poil malade, les fragments, les débris, les spores tricophytiques qui auraient résisté aux premières épilations. Ouvrez, par de larges mouchetures, les follicules pileux, afin que par ces larges ouvertures les agents parasiticides pénètrent facilement et abondamment dans leur intérieur pour y détruire le tricophyton jusque dans ses derniers vestiges.

Ainsi, lorsqu'il s'agit du sycosis parasitaire, le traitement ne se bornera pas, comme pour le sycosis artificiel, à l'épilation, aux mouchetures, aux applications émollientes; il faudra encore faire pénétrer, au sein du follicule malade qui recèle le champignon, des substances délétères pour en achever la destruction. Ces substances parasiticides sont de diverses natures; une de celles qui nous réussit le mieux est la teinture d'iode, que nous employons de la manière suivante : aussitôt après les mouchetures faites, nous étanchons le sang qui s'en écoule, puis nous promenons, à plusieurs reprises différentes, sur toutes les surfaces épilées et incisées, un pinceau imbibé de teinture d'iode pure; nous renouvelons ces badigeonnages deux ou trois jours de suite, et nous avons soin d'entretenir en permanence sur les parties malades un cataplasme de fécule de pomme de terre. Après une épilation consciencieusement faite, suivie d'incisions ou de deux ou trois badigeonnages à la teinture d'iode, nous voyons habituellement les tubercules s'affaisser, dispa-

raître, se mettre de niveau avec la surface cutanée restée saine. Si quelques tubercules ont persisté, ou se reforment quelques jours plus tard, nous les incisons de nouveau, après avoir pratiqué, s'il y avait lieu, une seconde ou une troisième épilation que nous faisons suivre, ainsi que les incisions, de nouveaux badigeonnages à la teinture d'iode, sans omettre les applications permanentes de cataplasmes de fécule de pommes de terre. Nous vous recommandons, comme parasiticide, l'usage de la teinture d'iode pure, qui est d'un emploi très-facile et qui est en même temps très-efficace.

M. Bazin a l'habitude d'employer des lotions avec une solution de sublimé que l'on fait immédiatement après l'épilation.

Il conseille aussi l'usage de la pommade au turbith minéral (sous-sulfate jaune de mercure) dont on étend une couche légère sur les parties épilées; cette pommade est ainsi composée :

Axonge fraiche.	30 grammes.
Turbith minéral.	1 gramme.

Mêlez.

Nous employons quelquefois aussi ces deux substances parasiticides; voici quelle est la formule de la solution de sublimé dont nous faisons usage :

Eau distillée.	120 grammes.
Sublimé.	1 gramme.

On met dans un demi-verre ou dans un quart de verre d'eau froide une cuillerée à café de cette liqueur, et on imbibe du mélange un linge fin avec lequel on lotionne d'une manière prolongée toutes les

parties malades épilées et incisées; après quoi, on les recouvre d'une couche de la pommade ci-dessus indiquée.

Tel est, avec tous les détails que comporte ce sujet pratique, le traitement du sycosis. On constatera que la guérison est obtenue lorsque les tuberculo-pustules sycosiques seront affaissés et de niveau avec les parties saines environnantes; lorsqu'il n'y aura plus de points saillants sur les parties qui ont été malades, et lorsqu'elles seront devenues lisses et unies et que les poils repousseront avec leur couleur normale et leur état de force, de vitalité, de direction et d'adhérence primitives. Toutefois il ne faut pas oublier que les poils peuvent ne pas repousser et que la guérison peut être obtenue complète avec la destruction définitive des poils de toute la région qui a été malade. Le sycosis parasitaire, et même non parasitaire, peut toujours laisser après lui une calvitie incurable, résultant de l'oblitération des follicules pileux. Voilà ce qu'il faut bien savoir, afin d'en avertir les malades et de les préparer à ce résultat toujours fâcheux: il sera d'autant moins à craindre que l'épilation et les mouchetures auront été pratiquées à une époque peu éloignée du début de la maladie.

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

Herpès.

Messieurs,

Du verbe grec ἕρπειν, qui signifie *ramper*, on a fait le mot *herpès*. Pour Lorry et les anciens pathologistes français et anglais, *herpès* était une dénomination vague et générique qui s'appliquait à toutes les affections dartreuses les plus dissemblables par leurs lésions anatomiques; herpès était synonyme de dartre : c'est ainsi que le psoriasis était appelé *herpès furfureux*, et qu'Alibert, dans son langage pittoresque et imagé, désignait l'eczéma sous le nom d'*herpès squamosus madidans*. Aujourd'hui encore, et comme pour perpétuer le souvenir de cette ancienne et regrettable confusion d'une nomenclature si défectueuse, les mots *dartre* et *herpétis* ne sont-ils pas pris indistinctement? et la qualification d'*herpétides* ne désigne-t-elle pas toutes les maladies cutanées de nature dartreuse?

Si le mot *herpès*, dans son acception vague et mal définie, s'appliquait à presque toute la pathologie cutanée, tout en désignant cependant d'une manière plus spéciale la maladie qui nous occupe, celle-ci avait encore reçu un assez grand nombre d'autres dénominations. Ainsi, on l'appelait indistinctement : *ignis sacer*, *feu de*

saint Antoine, *érysipèle pustuleux*, dartre *phlycténoïde*, *zona repens*, etc.

Cette confusion que nous venons de constater au point de vue de la dénomination, nous la retrouvons relativement aux divers aspects sous lesquels l'herpès était envisagé, relativement aussi à sa valeur séméiotique.

Alibert et Willan, les premiers, voulaient que le mot *herpès* ne s'appliquât qu'à des affections vésiculeuses. Rayer décrit comme autant de maladies différentes les diverses variétés d'herpès, basées sur le volume de ses vésicules et sur ses différents siéges. Devergie le définit de la manière la plus fausse en disant que l'on doit appeler *herpès* « toute maladie qui s'étend en surface par sa circonférence, au moyen d'un cercle ou bourrelet morbide, soit que le centre se guérisse ou qu'il reste malade ». — Remarquez que dans cette définition il n'est tenu aucun compte de la lésion anatomique caractéristique de cette maladie; remarquez encore que cette définition s'applique également à toutes les affections à développement serpigineux, les plus disparates par leur nature : ainsi, à l'eczéma serpigineux aussi bien qu'aux diverses espèces de syphilides serpigineuses. Le même auteur se perd ensuite dans une foule de divisions basées sur la dimension des vésicules, et dans le genre herpès il établit deux groupes d'affections qu'il appelle : 1° *herpès à petites vésicules*; 2° *herpès à grosses vésicules*.

M. Bazin, toujours préoccupé de l'arthritis, s'efforce de démontrer que plusieurs espèces d'herpès ne sont que des manifestations de cette diathèse; tandis que M. Hardy, qui nie l'arthritis, rattache les mêmes variétés d'herpès à la diathèse dartreuse.

Au milieu d'opinions si diverses, cherchons où est la vérité, et tâchons de l'établir sur une saine interprétation des faits, tels que nous les révèlent la clinique et une observation consciencieuse, dégagées de toute idée systématique et préconçue.

Qu'est-ce d'abord que l'herpès?

Définition. — Nous définirons l'herpès une maladie de la peau et des muqueuses, caractérisée par des vésicules volumineuses, larges de base, non acuminées, réunies en groupes sur des surfaces congestives, érythémateuses, persistant trois ou quatre jours et donnant lieu, au bout de ce temps, à des croûtes jaunes, noirâtres, formées par la dessiccation du liquide qu'elles contenaient, lesquelles, après une durée de quatre à cinq jours, se détachent, laissant après elles soit une ulcération superficielle, soit une simple tache rouge et brunâtre, qui ne tardent pas, l'une et l'autre, à s'effacer et à se cicatriser.

I. LÉSIONS ANATOMIQUES DE L'HERPÈS.

La lésion anatomique mère ou primitive de l'herpès est donc une vésicule. Les vésicules de l'herpès se distinguent par les caractères suivants : elles sont volumineuses, de la dimension d'un grain de millet à celle d'un petit pois ou d'une petite lentille; leur base est large, arrondie, leur sommet aplati; leur durée est de trois à quatre jours; elles sont réunies en nombre variable, de trois à dix et quelquefois davantage, sur une surface de peau ou de muqueuse enflammée. Si le nombre des vésicules formant un groupe varié, le nombre des groupes n'est pas moins variable. Quelquefois il n'y

en a qu'un seul; d'autres fois, comme dans la forme d'herpès dite *zona*, par exemple, il y en a un plus ou moins grand nombre : ainsi cinq, dix, douze, vingt. Ces groupes sont disposés sur des surfaces de peau ou de muqueuse de forme variable, mais le plus souvent arrondie, de dimension variable aussi et en rapport avec le nombre et le volume des vésicules; la coloration de ces surfaces est d'un rouge érythémateux plus ou moins accentué, se détachant nettement des parties saines environnantes, tant par leur coloration que par un gonflement et une tension facilement appréciables.

Après trois ou quatre jours de durée, les vésicules, qui avaient été d'abord transparentes, puis opalines et jaunâtres, suivant les transformations subies par le liquide qu'elles renferment, se recouvrent de croûtes. Ces croûtes sont d'abord jaunâtres, puis brunâtres; elles sont sèches, assez fortement adhérentes; elles sont formées par la concrétion du liquide contenu dans les vésicules; elles persistent pendant quatre à cinq jours, et quand elles se détachent les parties du derme qu'elles recouvraient sont cicatrisées; elles restent quelques jours encore avec une empreinte ou tache rougeâtre, seule trace de l'ulcération herpétique, qui ne tarde pas à s'effacer à son tour et à disparaître, sans laisser aucun vestige cicatriciel.

Telle est la constitution, et telle est aussi l'évolution de la vésicule herpétique, abandonnée à elle-même, et située sur une région où elle n'est soumise à aucun contact, à aucun frottement capables de l'altérer dans son intégrité, de la déchirer et de l'entraver dans sa marche régulière.

Mais si les vésicules d'herpès siégent sur une mem-

brane muqueuse dont le feuillet épithélial, excessivement mince, ne leur fournit qu'une enveloppe d'une extrême ténuité et par conséquent très-exposée à être déchirée; si elles sont implantées sur des surfaces muqueuses adossées à elles-mêmes, exerçant les unes sur les autres des frottements, baignées par des liquides plus ou moins abondants, et quelquefois âcres et irritants par leur nature; dans ces conditions, tout autre sera la marche de la vésicule herpétique; la lésion mère ou primitive de l'herpès sera très-notablement modifiée dans ses caractères et dans sa physionomie, et elle nous offrira une ulcération très-importante à considérer, ainsi que vous allez le comprendre.

Supposons, par exemple, l'herpès là où il est si fréquemment, sur la face interne du prépuce, sur la rainure du gland; sur les parties génitales de la femme, à la face interne des grandes lèvres, sur les petites lèvres, à l'entrée du vagin, etc... Que se passera-t-il? et dans quelles conditions vont se trouver les vésicules? — D'abord elles se déchireront avec une très-grande facilité, n'étant enveloppées que par une pellicule épithéliale d'une minceur extrême. Puis elles se trouveront comme plongées dans un bain perpétuel formé par les liquides vaginaux et vulvaires, ce qui les rendra encore plus faciles à être déchirées; enfin, les parties sur lesquelles elles se sont développées exerçant l'une sur l'autre des frottements presque continuels, il résultera de ces diverses conditions que la vésicule d'herpès ne persistera pas; elle se crèvera à peine formée, de sorte que la partie du derme exulcérée qu'elle recouvrait et qui lui avait donné naissance se trouvera à nu et à découvert sous forme d'une ulcération.

Cette ulcération devient alors le seul caractère, la seule lésion anatomique de l'herpès. Nous venons de dire pourquoi la vésicule ne persiste pas, pourquoi son existence est tellement courte et fugace que rarement on peut la constater. Or, si la vésicule ne persiste pas, si elle est presque insaisissable, à plus forte raison la croûte qui remplace la vésicule ne se produira pas. Il n'y aura donc pour caractériser l'herpès ni vésicule ni croûte; il n'y aura qu'une ulcération; or, comme cette ulcération siége de préférence aux parties génitales, qui sont pour elle un lieu d'élection, il est bien important de ne pas la confondre avec des ulcérations syphilitiques et en particulier avec des chancres, méprise trop fréquente, malheureusement, et dont vous comprenez tout de suite les fâcheuses et graves conséquences.

Il y a en effet des médecins peu habitués à la pathologie des organes génitaux de la femme et de l'homme, qui, par le seul fait de la présence d'une lésion sur ces organes, sont disposés à attribuer à cette lésion un caractère syphilitique. Ils paraissent ne pas se douter que ces organes, comme toutes les autres régions du corps, sont sujets à des maladies qui n'ont absolument rien de commun avec la syphilis. Vous verrez fréquemment dans nos salles des exemples de pareilles erreurs; erreurs d'autant plus fâcheuses qu'elles ne portent pas seulement sur un diagnostic et sur un traitement, mais encore sur la réputation, sur la vie sociale et sur la considération des malades.

Laissez-moi à ce propos, Messieurs, vous raconter en quelques mots deux faits qui vous montreront quelles conséquences déplorables peut entraîner une de ces erreurs de diagnostic :

En 1845, pendant que j'étais attaché comme interne au service de M. Huguier, à l'hôpital de Lourcine, il nous fut adressé une femme de 40 à 45 ans, lingère d'un couvent. Cette femme, très-grasse, peu soigneuse de sa personne, avait été prise de cuissons, de gonflements et de douleurs aux parties génitales : la marche lui était devenue pénible et presque impossible. Visitée par le médecin du couvent, elle fut déclarée syphilitique et entachée de chancres. En conséquence de ce diagnostic, elle fut expulsée ignominieusement du couvent et envoyée à Lourcine. Or ces prétendus chancres n'étaient que des ulcérations herpétiques; cette femme était vierge, non pas seulement de la syphilis, mais encore de tout rapport sexuel. Un certificat qui lui fut délivré dans ce sens par M. Huguier lui rouvrit les portes du couvent, où elle fut réintégrée avec tous les honneurs dus à la vertu un instant méconnue; elle y rentra après huit jours d'un traitement qui fut suffisant pour guérir son herpès.

Le second fait est non moins intéressant : un jeune élève d'un des lycées de Paris fut atteint d'une éruption herpétique à la face interne du prépuce et dans la rainure du gland. Ce jeune homme fut déclaré syphilitique et infecté de chancres vénériens. Ce diagnostic, porté par le médecin du lycée, entraîna le renvoi de l'élève, malgré toutes ses protestations d'innocence. Sa famille le soumit à l'examen des hommes les plus compétents, de M. Ricord en particulier. Il fut constaté que les ulcérations, dont il était atteint, n'étaient nullement chancreuses, mais simplement herpétiques. Un certificat attestant ce fait lui valut sa réintégration au lycée et fut cause de la destitution du médecin coupable d'une

erreur de diagnostic si grave dans ses conséquences.

De pareils faits, qui ne sont point rares et dont nous voyons de fréquents exemples, vous montrent l'excessive importance de bien connaître les caractères de l'ulcération herpétique, afin de ne pas la confondre avec l'ulcération chancreuse qui en est si différente, et dans ses caractères, et dans sa nature, et dans sa marche, et dans sa gravité, et dans ses conséquences. Quels sont donc les caractères qui distinguent l'ulcération de l'herpès?

L'ulcération de l'herpès est superficielle, sans profondeur; c'est une *exulcération* plutôt qu'une ulcération. A proprement parler, elle n'intéresse que la couche la plus externe, la plus superficielle du derme; ses contours sont irréguliers, comme festonnés; ses bords sont taillés en biseau et amincis de manière à se mettre progressivement de niveau avec les parties saines. Les ulcérations herpétiques sont habituellement multiples; elles sont le siége d'une cuisson douloureuse qui s'exaspère par le contact, par le frottement des parties voisines. Généralement, à moins que l'inflammation soit excessivement vive, elles n'amènent pas l'engorgement des ganglions lymphatiques. Abandonnées à elles-mêmes sans aucuns soins hygiéniques, elles peuvent, sous l'influence des conditions qui les ont produites, s'étendre en surface et se multiplier, mais elles finissent toujours par guérir, après une ou plusieurs poussées successives. Convenablement traitées, elles guérissent dans l'espace d'un septénaire, et sans jamais laisser aucune trace, aucune empreinte cicatricielle. — Tels sont les caractères de l'ulcération herpétique.

L'ulcération chancreuse, au contraire, est nettement

circonscrite, arrondie très-régulièrement, comme si elle avait été faite à l'emporte-pièce; le plus souvent, elle est unique cependant; il est encore assez commun de trouver réunis un assez grand nombre de chancres mous, qui se sont inoculés et multipliés eux-mêmes sur la même région. M. Fournier en a compté jusqu'à soixante, et, nous-même, nous en avons vu une vingtaine à la face externe et interne des grandes lèvres. Ainsi, ne tenez pour le diagnostic qu'un compte secondaire de l'unicité ou de la multiplicité des ulcérations.

Mais que le chancre soit unique ou qu'il soit multiple, ses caractères sont toujours les mêmes; lorsque la pustule initiale s'est ouverte, il reste à sa place une ulcération non douloureuse, nettement arrondie, régulièrement circonscrite, à bords tranchants, coupés à pic, établissant une ligne de démarcation tranchée entre les parties saines et l'ulcération. Celle-ci est profonde et profondément creusée dans l'épaisseur du derme; aussi, en raison de sa profondeur et de ses bords verticaux, peut-on la comparer à un puits. Son fond est grisâtre; elle entraîne presque toujours l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins. Du quinzième au vingtième jour de sa durée, l'ulcération chancreuse peut s'indurer, c'est-à-dire que son pourtour devient alors d'une dureté presque cartilagineuse; il s'entoure d'un disque, d'une sorte d'anneau dont la dureté tranche nettement avec la souplesse des tissus voisins; une fois induré, le chancre entre dans sa période de réparation, mais l'ulcération qui le représente persiste de quatre à six semaines; l'induration qui l'entoure lui survit sous forme d'une petite nodosité qui ne disparaît et ne s'efface qu'après un temps plus ou moins long : une, deux, trois semaines après

plaques, comme dans la forme d'herpès dite *zona*, toutes ces plaques peuvent se développer en une seule fois, en une seule poussée; mais, dans d'autres cas, elles se produisent successivement.

Période vésiculeuse. — Au bout d'un temps qui varie entre quelques heures seulement et une journée, les plaques érythémateuses se recouvrent de vésicules; leur surface se trouve parsemée de petits soulèvements blanchâtres, analogues à des grains de millet, transparents, comparables aussi à de petites perles fines : ce sont les vésicules. Leur nombre varie suivant la dimension des plaques érythémateuses et suivant le volume que représentent les vésicules. Celles-ci, en effet, sont tantôt grosses comme de petites têtes d'épingle; tantôt elles sont beaucoup plus larges, semblables à de petites bulles, à de petites phlyctènes. Ce volume différent des vésicules a été, pour certains auteurs, le sujet d'une préoccupation assez grande pour qu'ils l'aient considéré comme pouvant servir de base à des variétés de formes qu'ils ont cherché à établir dans le genre herpès. C'est ainsi que Bateman a décrit sous le nom d'herpès *phlycténoïde* une variété d'herpès caractérisée par des groupes de vésicules globuleuses et transparentes, du volume d'un grain de millet à un très-petit pois. Willan adopte la même idée nosographique. Rayer l'admet à son tour et consacre un chapitre à la description de l'*herpès phlycténoïde*.

Devergie s'empare de la considération du volume des vésicules pour établir dans le genre herpès deux grandes divisions : il appelle la première HERPÈS A VÉSICULES EXTRÊMEMENT TÉNUES, et la seconde HERPÈS A GROSSES VÉSICULES.

Nous ne pensons pas, quant à nous, que l'on doive attacher une si grande importance à la considération du volume des vésicules. Faisons cependant une réserve pour une espèce d'herpès tout à fait à part, l'herpès circiné parasitaire, qui est en effet caractérisé par des vésicules excessivement petites et disposées en cercle; mais, nous le répétons, cette réserve admise pour une espèce d'herpès dont l'existence est liée à la présence du tricophyton, ne nous embarrassons pas dans des considérations de détail qui n'ont aucune portée, aucune utilité, qui ne reposent sur rien de sérieux et qui ne sont bonnes qu'à compliquer de difficultés arbitraires l'histoire de l'herpès. Efforçons-nous de simplifier les descriptions nosographiques et de les présenter avec des caractères nets, tranchés, pathognomoniques; ne les obscurcissons pas par une foule de petites divisions, par des classifications d'une analyse minutieuse et sans valeur, qui ne sont bonnes qu'à surcharger la mémoire de dénominations inutiles et encombrantes; ne rendons pas, comme à plaisir, difficiles et embrouillées les choses qui, par elles-mêmes, sont claires et faciles; montrons-les telles qu'elles sont, telles que la nature nous les montre, et nous les ferons ainsi très-aisément comprendre.

Il ne faut donc pas, au point de vue d'une classification et de divisions à établir dans le genre herpès, tenir compte du volume des vésicules. Cela est si vrai que, sur la même surface érythémateuse et dans le même groupe de vésicules, vous en trouverez de grosses, de moyennes, de petites. Vous verrez que, parmi les plus grosses, il y en a qui, en raison de leur volume considérable, pourraient être dénommées phlyctènes ou bulles, et qui sont tout simplement le résultat de la confluence,

de la réunion de plusieurs vésicules, qui n'en sont plus qu'une seule, par la rupture des parois de plusieurs d'entre elles.

Période croûteuse ou de dessiccation. — Après trois ou quatre jours de durée, les vésicules, qui d'abord étaient claires, blanches et transparentes par le fait du liquide séreux qu'elles contenaient; qui, plus tard, étaient devenues opalines et jaunâtres, la sérosité devenant épaisse et puriforme, se recouvrent des croûtes que nous avons décrites plus haut. Celles-ci se détachent, comme nous l'avons déjà dit, vers le quatrième ou le cinquième jour, laissant les parties qu'elles recouvraient revêtues d'une pellicule cicatricielle.

La durée de l'évolution des lésions herpétiques a été ainsi de dix à douze jours. Mais, s'il y a plusieurs plaques herpétiques, il peut arriver que les plaques ne se développent pas toutes sous l'influence d'une même poussée, et dans ce cas la maladie se trouve prolongée, tout en conservant la forme aiguë.

L'herpès se manifeste dans son évolution sous deux formes différentes : le plus souvent il revêt la forme aiguë, et alors les choses se passent ainsi que nous venons de l'indiquer. Mais aussi on le voit, dans des cas plus rares, adopter la forme chronique.

La forme chronique de l'herpès a été bien décrite par M. Bazin, sous le nom d'*herpès successif et chronique*. M. Doyon l'a décrite également sous le nom d'*herpès récidivant des parties génitales*. C'est qu'en effet le siége le plus habituel de cette forme d'herpès est le prépuce, la rainure de la base du gland et la vulve. Ce qui constitue la chronicité dans cette modalité que revêt l'herpès,

c'est l'évolution successive de ses lésions et l'absence de toute réaction générale : des vésicules se développent, elles parcourent les diverses phases qui les constituent, il n'y a plus rien; tout semble terminé, lorsque, sur le lieu même où les premières vésicules avaient siégé ou tout à côté de cet emplacement, une nouvelle poussée vésiculeuse se produit; quand celle-ci est éteinte à son tour, elle est remplacée par une troisième, et ainsi de suite. L'intervalle qui sépare les poussées est variable; tantôt il n'y a, pour ainsi dire, aucune interruption entre les poussées; dès que l'une semble guérie, l'autre apparaît; tantôt les poussées se succèdent à intervalles plus ou moins longs : ainsi, après une semaine, après un mois, de sorte que la guérison, qui avait déjà plusieurs fois paru obtenue, semble toujours s'être indéfiniment ajournée par une série désespérante de récidives opiniâtres. M. Bazin voit dans cette forme d'herpès une manifestation de l'arthritis; M. Hardy y voit au contraire un symptôme de l'herpétis; M. Doyon partage cette opinion, qui est la nôtre.

Tout dernièrement, nous avons observé un cas d'herpès successif et chronique chez un monsieur de 28 ans, dont le père est dartreux et atteint d'eczéma chronique des oreilles et de la face, et qui lui-même nous avait présenté des manifestations eczémateuses sur le front, au cou, sur les doigts. C'est après la disparition de ces symptômes non équivoques d'herpétisme qu'il fut pris d'un herpès successif et chronique de la rainure du gland et du prépuce, lequel herpès dura, par le fait du grand nombre de poussées successives, trois ou quatre mois, et ne disparut définitivement qu'après un traitement antiherpétique, dont l'arsenic fut le principal

agent. Il est incontestable que, dans ce cas, la maladie qui nous occupe existait comme symptôme de l'herpétisme.

III. — DE L'HERPÈS AU POINT DE VUE DE SES VARIÉTÉS.

Après avoir étudié l'herpès au point de vue de ses lésions anatomiques d'abord, et ensuite relativement au mode suivant lequel ces lésions se développent, après avoir considéré l'herpès dans sa forme aiguë, qui est la plus fréquente, et ensuite dans la forme chronique qu'il revêt plus rarement, voyons-le maintenant dans les différentes *variétés* sous lesquelles il se présente à nous. Nous réunirons ces variétés sous trois chefs principaux : 1° *les variétés suivant le siége;* 2° *les variétés suivant la configuration ou la disposition;* 3° *les variétés suivant la nature.*

VARIÉTÉS DE L'HERPÈS SUIVANT SON SIÉGE.

L'herpès, comme toutes les affections cutanées, à sécrétion humide, se développe de préférence sur les régions où la peau a le plus de minceur, où elle est le plus riche en vaisseaux et en glandes sécrétantes, c'est-à-dire qu'on le trouve le plus souvent dans le voisinage des orifices naturels, à l'entrée, et dans l'intérieur de ces orifices.

N'oublions pas en effet que l'herpès siége non-seulement sur la peau, mais encore sur les muqueuses. Or les endroits où on le rencontre le plus souvent, ses siéges de prédilection, sont : le pourtour de la bouche, les lèvres (*herpès labialis*) ; la face interne et supérieure des cuisses, les plis génito-cruraux, les grandes et les petites pliures, la vulve (*herpès vulvaris*); le prépuce et principalement sa face interne (*herpès præputialis*) ; la rainure de la base du gland.

La physionomie de l'herpès varie suivant ces différentes régions : nous l'avons déjà indiqué plus haut, nous ne ferons que le rappeler ici. Ainsi, au pourtour de la bouche, sur la lèvre inférieure, où il existe le plus souvent, il est représenté par des vésicules volumineuses, arrondies, réunies en groupe sur une surface érythémateuse; tantôt il n'y a qu'une seule surface érythémateuse et par conséquent un seul groupe de vésicules herpétiques; tantôt, au contraire, il y en a plusieurs. Quelquefois les lésions herpétiques siégent à la base de la lèvre inférieure ; implantées exclusivement sur la peau, elles y forment un, deux ou trois groupes peu étendus. D'autres fois, elles se développent sur le bord libre des lèvres, envahissant en même temps la peau et la muqueuse labiale.

Le développement de ces lésions est souvent précédé de quelques troubles généraux toujours légers; il se produit souvent aussi au déclin de quelques maladies dont il semble annoncer la guérison; mais il peut aussi se faire sans aucune atteinte portée à la santé, sans aucun prodrome, sans aucun désordre fonctionnel.

Aucun contact, aucun frottement ne s'opposant au libre développement de l'*herpès labialis*, aucune cause d'irritation n'agissant sur ses vésicules pour augmenter l'inflammation qui ses a fait naître ou pour hâter leur rupture, il en résulte que, dans sa variété appelée *labialis* en raison de son siége sur les lèvres et au pourtour de la bouche, l'herpès se présente avec tous ses caractères pathognomoniques, d'aspect, d'évolution et de durée.

Ainsi, qu'il y ait eu ou qu'il n'y ait pas eu d'accidents prodromiques, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'ac-

cidents concomitants, les vésicules se développent librement et sans encombre sur une surface érythémateuse, enflammée, tendue, appartenant soit à la peau seule, soit en même temps à la peau et à la muqueuse. Elles sont d'abord diaphanes, blanches, comme le liquide qu'elles renferment; puis ce liquide, cette sérosité devenant louche, épaisse, puriforme, les vésicules perdent leur transparence, elles deviennent jaunâtres et enfin croûteuses.

Dans l'*herpès labialis*, on peut donc suivre la maladie dans les quatre phases de son évolution : *prodromes*, *érythèmes*, *vésicules*, *dessiccation*.

Mais il en est tout autrement dans l'herpès des parties génitales, dans l'herpès *vulvaris* et dans l'herpès *præputialis*. La ténuité excessive du feuillet épithélial de la muqueuse des organes génitaux, les sécrétions humides et abondantes qui baignent ces régions, les contacts, les frottements des parties les unes sur les autres, font que les vésicules ne persistent pas ; elles se rompent aussitôt formées ; le liquide qu'elles contenaient, au lieu d'être concrété sous forme de croûtes, est déversé au dehors, et les parties du derme muqueux exulcérées sont à découvert; tellement que dans ces variétés d'herpès il n'y a qu'une seule lésion qui puisse être appréciée et constatée, l'*ulcération*, puisque la vésicule est tellement fugace qu'elle passe inaperçue et que la croûte ne peut se former.

Nous avons étudié plus haut les caractères de l'ulcération herpétique, aussi nous n'y reviendrons pas.

L'herpès siége, non pas seulement au pourtour de la bouche et à la face externe des lèvres, mais encore à leur face interne, sur la langue, à la face interne des

joues, à l'isthme du gosier, sur la voûte du palais, sur les amygdales; et de même pour les parties génitales, il pénètre dans le vagin et on le trouve jusque sur le col de l'utérus. Dans l'intérieur des cavités buccale et vaginale, en raison du terrain sur lequel il se trouve implanté et des conditions anatomo-pathologiques qu'il y rencontre, sa période vésiculeuse est abrégée, sa période croûteuse n'existe pas, de sorte que ce n'est, le plus souvent, que par ses ulcérations qu'on peut le reconnaître et le diagnostiquer.

VARIÉTÉS DE L'HERPÈS SUIVANT SA CONFIGURATION ET SA DISPOSITION.

Nous avons dit que l'herpès est caractérisé par des vésicules volumineuses, persistantes, réunies en groupes, sur des surfaces enflammées, érythémateuses, nettement circonscrites et séparées par des intervalles où la peau est restée saine.

Or ces surfaces ou ces plaques érythémateuses se présentent sous des aspects différents : le plus souvent elles sont arrondies, en forme de cercles. Les vésicules se développent sur la zone la plus extérieure de ce cercle, la partie médiane offrant, sous forme de squames épidermiques, des débris de vésicules plus anciennes, qui ont parcouru les diverses phases de leur évolution, et qui ont été remplacées par une nouvelle poussée périphérique. Cette disposition en cercles, dont la dimension varie de celle d'une pièce de 1 franc à une pièce de 5 francs, caractérise la forme que l'on a désignée sous le nom d'*herpès circiné*.

D'autres fois, les vésicules sont rangées, côte à côte, sur des espaces érythémateux représentant des bandes plus ou moins allongées; disposition que M. Devergie

a décrite le premier et qu'il a appelée *herpès en traînée*.

Tantôt il n'existe qu'une seule plaque, très-restreinte, sur laquelle émergent une, ou deux, ou trois vésicules : il en est souvent ainsi dans l'*herpès labialis*.

Tantôt cette plaque unique, ou ces deux, trois ou quatre plaques sont d'une étendue considérable, leurs contours sont irréguliers, elles ne représentent aucune forme géométrique, elles sont éparses sans ordre ni symétrie, et sont recouvertes d'un nombre de vésicules pouvant aller jusqu'à dix, douze, quinze, et jusqu'à vingt.

Enfin, et c'est là une des dispositions les plus fréquentes de l'herpès, les plaques peuvent être nombreuses, variables quant à leurs dimensions; elles peuvent s'être développées suivant une ligne qui entoure comme d'une ceinture la demi-circonférence de la région du corps sur laquelle elles se sont produites. Lorsque l'herpès affecte cette disposition, on le désigne sous le nom de *zona* ou d'*herpès zoster*.

Le *zona*, en raison de sa configuration bizarre et remarquable, en raison de sa fréquence, de l'étendue de ses lésions, des vastes surfaces sur lesquelles il se déploie, des accidents névralgiques dont il est quelquefois le point de départ, est une des formes les plus importantes et les plus intéressantes de l'herpès; aussi mérite-t-il que nous lui donnions une attention toute spéciale. Nous le définirons de la manière suivante :

Le *zona* est une des formes de l'herpès; il est caractérisé, à sa période d'état, par des plaques rouges, érythémateuses, séparées les unes des autres par des portions de peau restées saines ; ces plaques, de nature, d'étendue et de configuration variables, sont disposées de manière à figurer une ceinture qui embrasse la demi-

circonférence de la partie du corps qu'elles occupent; elles sont couvertes de vésicules, variables elles-mêmes en nombre et en dimension, groupées sur leur surface, où elles parcourent les différentes phases de leur évolution.

Le zona n'est point une maladie de peau ayant son individualité propre, constituant une entité morbide comme l'eczéma, le psoriasis, le pemphigus. Non, le zona n'est qu'une des formes, une des variétés du genre herpès; aussi n'avons-nous point à étudier les lésions anatomiques qui le caractérisent : nous les connaissons déjà, ce sont celles de l'herpès; c'est-à-dire, ce sont des vésicules, plus ou moins larges, durant de trois à quatre jours, transparentes d'abord, puis opalines et jaunâtres, et remplacées par une croûte brunâtre dont la persistance est de quatre à cinq jours; ces vésicules ne sont point éparses, mais elles sont réunies en groupes, sur des surfaces érythémateuses, toujours parfaitement délimitées.

Siége et configuration du zona. — Le zona, comme l'herpès, dont il n'est, nous le répétons, qu'une variété et qu'une forme, siége le plus souvent sur la peau, mais on peut le rencontrer aussi sur les muqueuses et spécialement sur la muqueuse buccale. M. Rayer l'a observé se propageant de la face externe des joues à leur surface interne et aux gencives; tout dernièrement, il nous a été communiqué une observation très-intéressante de zona occupant la langue.

Le zona se développe sur toutes les régions du corps : sur le cuir chevelu, sur le front, sur le cou, sur l'abdomen, sur les épaules, sur les membres supérieurs et inférieurs; mais son siége de prédilection le plus habituel

est le thorax. Il suit ordinairement la direction et le trajet des nerfs sensitifs. Ainsi, au thorax, il se développe parallèlement aux nerfs intercostaux; sur le cou, il suit le trajet des nerfs du plexus cervical. Cependant, si cette disposition du zona, suivant une ligne parallèle aux nerfs, est fréquente, elle n'est pas constante, car nous allons voir qu'il affecte quelquefois les directions les plus variables et les plus irrégulières.

Le plus souvent, il occupe le tronc au niveau de la base de la poitrine, et il marche transversalement par rapport à l'axe du corps, en suivant la direction des espaces intercostaux; il part alors de la ligne médiane du dos, contourne le côté du thorax sur lequel il s'est fixé, et vient se terminer à la partie antérieure, juste sur la ligne médiane, qu'il respecte, au niveau de laquelle il s'arrête, sans la dépasser. Il affecte plus souvent le côté droit que le côté gauche.

Mais il s'en faut que sa direction ait toujours cette régularité; elle est quelquefois oblique : ainsi on le verra descendre de la partie supérieure du thorax, en arrière, passer sous l'aisselle, et venir se terminer dans la région ombilicale, ou même dans la région hypogastrique.

D'autres fois, il commence sur le tronc et se termine sur les membres : ainsi nous en avons vu tout dernièrement, dans la salle Saint-Charles, un cas dans lequel les lésions cutanées qui le caractérisent partaient de la ligne médiane de la région lombaire, contournaient la fesse, et venaient se terminer à la partie interne de la cuisse. Quelquefois il existe seulement sur un membre, sans toucher au corps, qui reste complétement indemne de ses atteintes.

Mais quel que soit son siége, qu'il occupe le tronc ou les membres ; quelle que soit sa direction, qu'elle soit transversale, régulière ou oblique, qu'elle intéresse à la fois et le tronc et un des membres, il y a un grand fait qui est constant : c'est que l'étendue du zona ne comprend jamais que la demi-circonférence du tronc ou des membres. Ainsi, quand il est limité au tronc, son point d'arrivée et d'arrêt à la partie antérieure sur la ligne médiane correspond juste à son point de départ sur la ligne médiane à la partie postérieure. S'il commence sur le tronc pour finir sur un membre, son point de terminaison sur ce membre correspondra précisément à son point d'origine sur le tronc. S'il n'occupe qu'un membre seulement, ce ne sera toujours que la demi-circonférence de ce membre. Sur la langue, il commence à la face inférieure, sur la ligne médiane, et se termine sur la ligne médiane aussi, à la face supérieure.

Développement et symptômes du zona. — Des diverses formes de l'herpès, le zona est celle qui éveille le plus de retentissement sur la santé générale, et qui est accompagnée des accidents ou troubles généraux les plus intenses. Il est toujours précédé d'une période prodromique ; celle-ci dure un ou deux jours, pendant lesquels il y a de l'anorexie, de la courbature, de la céphalalgie, de la fièvre. En même temps qu'existe cet état général, des douleurs vives, aiguës, lancinantes, se manifestent sur les endroits que doivent recouvrir les groupes herpétiques. Ces douleurs, par leur caractère d'acuïté et par leurs redoublements répétés sous forme d'élancements, sont bien le type des douleurs névralgi-

ques, mais d'une névralgie qui serait compliquée de brûlure ; telle est la double sensation qu'accusent en même temps les malades : élancements, ondées douloureuses et brûlure.

Après douze ou vingt-quatre heures de ces désordres généraux et locaux, on voit apparaître, simultanément ou successivement, un nombre plus ou moins considérable de plaques érythémateuses, de configuration variable, ayant une étendue de 1 à 2 centimètres de largeur, sur une longueur de 2 à 4 centimètres. Ces plaques affectent la disposition dont nous avons parlé ; elles ne tardent pas à se couvrir de vésicules qui se groupent sur chacune des plaques, en nombre variable : sur la même plaque, on peut en compter jusqu'à quinze ou vingt. Elles sont, à leur début, transparentes comme le liquide qu'elles renferment, leur coloration est blanche et à reflets brillants et métalliques ; aussi les a-t-on comparées à des perles fines. Elles s'élargissent souvent, se rapprochent, deviennent confluentes ; il s'établit entre plusieurs d'entre elles une communication directe par la rupture de leurs parois, de telle sorte que cette réunion de plusieurs vésicules forme de véritables bulles. Ces bulles, ces vésicules, de transparentes qu'elles étaient, ne tardent pas à devenir opaques et jaunâtres, à mesure que le liquide qu'elles contiennent, de séreux qu'il était, devient purulent. Après cinq jours de durée, elles se flétrissent, se recouvrent de croûtes jaunes d'abord, et bientôt noirâtres, lesquelles, au bout de quatre à cinq jours, se détachent et tombent, laissant après elles une pellicule cicatricielle dont la coloration finit par se confondre avec celle de la peau saine, sans laisser aucune cicatrice appréciable.

Les groupes de vésicules, tels que nous les avons décrits, sont tous isolés les uns des autres; ils parcourent chacun leur évolution dans un espace de huit à dix jours; mais comme leur développement ne se fait pas toujours simultanément, il en résulte que la durée de l'ensemble des groupes, c'est-à-dire du zona, varie entre deux, trois et quatre semaines.

Les phénomènes généraux prodromiques s'amendent, aussitôt qu'apparaît l'éruption des plaques érythémateuses et que se fait, sur ces plaques, la poussée des vésicules; quelquefois, cependant, ils persistent après cette éruption, ainsi que les douleurs lancinantes et les sensations de brûlures, et ne s'éteignent qu'après l'extinction du mal lui-même, c'est-à-dire après la chute des croûtes et l'effacement de toute plaque érythémateuse et de tout débris vésiculeux.

Telle est la marche du zona dans sa forme la plus ordinaire, dans celle que nous pourrions appeler sa forme bénigne, et qui heureusement est la plus commune.

Mais les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi simple, et nous avons à vous signaler deux sortes de dangers différents que le zona entraîne quelquefois avec lui. Le premier de ces dangers, le plus fréquent, consiste dans l'intensité et la persistance opiniâtre et en quelque sorte indéfinie de la douleur inhérente au zona; le second dépend de la forme grave et maligne que peut revêtir le zona.

Complications du zona. — Nous disons, en premier lieu, que la complication la plus fréquente du zona, et son danger le plus habituel, consistent dans la persistance et l'intensité de la douleur. Expliquons-nous à cet

égard : un des symptômes les plus constants du zona, un de ceux qui manquent le moins, nous l'avons déjà dit, c'est le phénomène *douleur*. Nous avons noté avec raison la douleur parmi les accidents prodromiques. Nous avons dit qu'avant la manifestation de l'éruption il y a des accidents généraux : de la fièvre, des troubles fonctionnels; mais qu'il y a aussi un accident local préexistant à l'éruption, et que cet accident local est la douleur. Nous avons dit que cette douleur présente un double caractère : qu'elle est à la fois la douleur de la névralgie et celle de la brûlure. Nous avons ajouté que le plus souvent, au moment où se fait l'éruption, cette douleur diminue d'intensité, qu'elle va en s'affaiblissant, à mesure que les lésions anatomiques du zona sont entrées dans leur période de déclin, et qu'elle disparaît en même temps que ces lésions elles-mêmes. Voilà comment se comporte ordinairement le phénomène *douleur* dans le cours du zona.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : il arrive, et ce fait n'est pas rare, que la douleur, qui s'était éveillée dès la période prodromique, persiste avec toute son intensité au moment de l'éruption, qu'elle ne subit aucune diminution pendant toute la durée de l'évolution des lésions anatomiques, et qu'elle leur survit avec la même intensité, et même avec une violence en quelque sorte croissante. Cette douleur est quelquefois tellement vive, qu'elle constitue un véritable supplice et une torture intolérable; elle arrache au malade des larmes, des plaintes, des gémissements; elle lui enlève l'appétit, le sommeil, le repos; elle le tient dans une agitation continuelle et fiévreuse. Cette persistance de la douleur est souvent désespérante par sa durée, qui semble devoir

être indéfinie. Il y a des cas dans lesquels toute trace du zona a disparu depuis un mois, deux mois même, et où cependant la douleur n'a pas cédé. Elle revêt alors différentes allures ; tantôt elle est continue, et ne laisse au malade ni trêve ni merci ; tantôt elle est intermittente, avec des recrudescences irrégulières ou périodiques ; elle est parfois tellement vive que la santé générale en subit de graves et profondes atteintes, et que les malades ne reculent devant aucun moyen de traitement. Il y a là, vous le comprenez, par le fait de cette douleur si intense et si prolongée, un danger sérieux.

Nous en avons vu, cette année, un exemple chez un de nos malades de la salle Saint-Charles, n° 54. Cet homme avait eu un zona soigné en ville ; quand il s'est présenté à nous, pour nous demander un lit, son zona était complétement guéri, sans avoir laissé aucune trace matérielle de son passage ; mais depuis cette guérison, qui remontait à une quinzaine de jours au moins, la douleur avait persisté sans discontinuité, dans la région où avait siégé le zona, c'est-à-dire à la base du thorax, du côté gauche, avec une telle violence, que le malade s'était vu obligé d'entrer à l'hôpital. Nous l'y gardâmes pendant plus d'un mois, luttant avec toute la persévérance de la médication calmante et révulsive la plus énergique contre cette douleur, qui ne cédait quelques heures ou quelques jours que pour reparaître bientôt après, avec une intensité qui ne se démentait pas.

Ainsi donc la persistance de la douleur au delà des limites et de la durée de la maladie constitue un danger sérieux et une complication redoutable dans le zona.

Le deuxième danger inhérent au zona réside dans une forme grave ou maligne sous laquelle il peut se

manifester. Plusieurs fièvres éruptives revêtent quelquefois des caractères que l'on désigne sous le nom de *malins*, en raison de leur gravité matérielle ou de leur gravité séméiotique. C'est ainsi qu'il existe, pour l'érysipèle, pour le pemphigus, une forme gangréneuse; pour la variole, une forme hémorragique, etc.; il en est de même pour le zona. Nous avons décrit la forme ordinaire, mais cette forme, bénigne en elle-même, peut être remplacée par une autre infiniment plus sérieuse.

Le zona est une maladie inflammatoire. Or, que l'inflammation, sous l'influence de laquelle se développent les plaques érythémateuses et les vésicules, soit trop violente, cet excès d'inflammation pourra déterminer la gangrène de la partie du derme recouverte par la vésicule. Il y aura ainsi, sous chaque vésicule, une petite escarre grisâtre, qui comprendra la couche la plus superficielle du derme, qui se détachera à la suite d'un travail inflammatoire éliminateur, et qui laissera, après sa chute, une petite ulcération toujours très-douloureuse. Cette forme *gangréneuse* du zona est caractérisée non pas seulement par les lésions cutanées dont nous venons de parler, mais encore par des accidents généraux sérieux; de plus, elle suppose une prédisposition fâcheuse, un état général mauvais, une constitution détériorée par la vieillesse, par des excès, par une hygiène mauvaise.

Ainsi, santé générale dégradée, lésions du zona aggravées, devenues malignes puisqu'elles sont gangréneuses, entraînant par conséquent des symptômes généraux sérieux, une fièvre souvent intense, des troubles fonctionnels profonds et multiples; et en même temps accidents locaux toujours très-importants, douleurs

aiguës, exaspérées par le moindre contact, persistant un temps considérable, pouvant durer des mois entiers : tel est, en quelques mots, le cortége des lésions et des symptômes qui constituent et qui suivent le *zona gangréneux*.

Il y a encore une forme grave du zona que nous ne devons pas passer sous silence, c'est la forme *hémorragique* ou *purpurique*. Elle est caractérisée par une extravasation sanguine qui s'opère sur toutes les parties de la peau occupées par le zona. Ainsi les plaques, les surfaces érythémateuses, sur lesquelles sont groupées les vésicules, au lieu d'être, comme dans la forme ordinaire du zona, d'une belle couleur d'un rose rouge, congestive, disparaissant sous la pression du doigt, pour reparaître immédiatement après, sont d'un rouge blafard, violacé, noirâtre ; ce ne sont plus des taches érythémateuses ou congestives, ce sont des taches *hématiques*, dues à une extravasation sanguine, et restant absolument insensibles à la pression du doigt, qui ne les modifie en rien, qui ne les fait aucunement disparaître,

Les vésicules, au lieu d'être fermes, tendues, et remplies d'abord d'une sérosité claire, limpide, transparente, qui les fait ressembler à de petites perles fines ; au lieu d'être ensuite opalines et jaunâtres, à mesure qu'elles deviennent pustuleuses ; au lieu de se recouvrir d'une croûte jaune noirâtre, épaisse, adhérente, sont molles, flasques, ratatinées et comme flétries ; elles contiennent une sérosité mêlée d'un sang noir qui s'est exhalé à la surface du derme ; aussi elles sont noirâtres ; elles se rompent facilement, et elles laissent s'écouler une humeur sanieuse ; si elles ne se rompent

pas, les croûtes dont elles se recouvrent sont molles, sans épaisseur, sans persistance, et d'une couleur exclusivement noire.

Cette forme hémorragique du zona est accompagnée d'accidents locaux intenses, de douleurs très-vives et très-persistantes, dont la durée se prolonge en quelque sorte indéfiniment, pendant plusieurs mois quelquefois ; les ulcérations du derme se cicatrisent difficilement; elles s'agrandissent au lieu de se resserrer ; elles ont une tendance ulcérative très-prononcée, elles deviennent confluentes, de façon que les plaques sur lesquelles les vésicules étaient groupées, au lieu d'être, après l'ouverture des vésicules et la chute des croûtes, parsemées d'autant de petites ulcérations superficielles et d'une teinte vive et rosée qu'il y avait de vésicules, sont recouvertes d'une seule et vaste ulcération grisâtre sanieuse et d'un mauvais aspect.

L'état général n'est pas meilleur que l'état local : la violence de la douleur supprime le sommeil et l'appétit, et entretient une fièvre lente qui use les forces du malade; les voies digestives sont dans un mauvais état, la langue est sèche, rouge à sa pointe et sur ses bords; il y a des douleurs épigastriques et abdominales, et de la diarrhée.

Cette forme hémorragique du zona, accompagnée d'accidents locaux et généraux sérieux et persistants, résulte d'antécédents fâcheux ; elle a pour point de départ une santé délabrée, une hygiène mauvaise, des excès de tout genre, des privations, des maladies répétées ou un état maladif habituel, qui a progressivement appauvri, défibrinisé, déglobulisé le sang, en même temps qu'il a ramolli et relâché la consistance

de la trame des vaisseaux et des autres tissus solides.

Nous venons d'avoir, dans notre salle Saint-Charles, un cas de cette forme de zona. En voici l'observation, qui a été recueillie par M. Muzelier, mon interne.

Le nommé Teissèdre, cocher, âgé de 69 ans, est entré dans notre service le 27 août 1875, salle Saint-Charles, n° 58. Cet homme a toujours joui d'une santé parfaite et n'a jamais subi de maladie. Il y a une quinzaine d'années, il aurait eu une luxation de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit. Pendant les jours de chaleur du dernier mois d'août, il aurait commis l'imprudence de coucher sur son lit sans couverture, et de rester ainsi pendant toute une nuit exposé sans abri au contact de l'air. Le lendemain matin, au moment du lever, il ressentit une douleur assez vive à la partie antérieure de la cuisse droite. Les jours suivants, cette douleur persista et augmenta même d'intensité. Elle était pour ainsi dire continue, mais elle présentait des exacerbations nocturnes tellement vives que le sommeil et le séjour au lit étaient devenus impossibles. Il y eut à la même époque une diarrhée abondante. Cinq à six jours environ après le début des douleurs apparurent les premières traces de l'éruption cutanée qui a nécessité l'entrée du malade à l'hôpital. Cette éruption se montra d'abord à la partie antérieure de la cuisse droite, un peu au-dessus du genou, puis elle s'étendit progressivement vers la partie supérieure et vers la région fessière. Le malade resta environ pendant quinze jours chez lui dans cet état, éprouvant toujours des douleurs internes qui s'étaient compliquées des douleurs dues à l'éruption elle-même. Il continua néanmoins à vaquer aux travaux de sa profession, mais au bout de quatre

à cinq jours il dut renoncer à tout travail et rester chez lui. Entré dans notre service le 27 août, il présentait à ce moment l'état suivant : la face antérieure de la cuisse et sa face externe à partir du genou, et la partie moyenne de la fesse droite jusque près de la crête iliaque, sont occupées par une éruption formée de différents groupes, dont les uns sont de date ancienne, les autres de formation récente. Les premiers sont constitués par des vésicules déjà flétries et revenues sur elles-mêmes, mais reconnaissables encore à leur enveloppe épidermique et à une coloration rouge foncé très-manifeste. Quelques-unes de ces vésicules forment des croûtelles également colorées en rouge. Les groupes *récents* sont constitués par des *vésicules*, ou plutôt par des *bulles*, du volume moyen d'un gros pois, remplies d'un liquide de couleur rouge, très-légèrement transparent. Récentes ou anciennes, les vésicules reposent sur un fond rouge, qui forme une sorte d'auréole autour de chacune d'elles. Dans les intervalles qui les séparent, et dans ceux qui existent entre les différents groupes, on voit des taches purpuriques excessivement nombreuses, du diamètre moyen d'une grosse lentille, présentant une coloration rouge sombre qui ne s'efface point par la pression du doigt. En certains points, ces taches sont tellement rapprochées qu'elles forment de véritables ecchymoses. L'éruption présente son maximum de confluence au niveau du triangle de Scarpa, qui est littéralement couvert de groupes bulleux, jusque près du pli de l'aine. Les groupes les plus récents, néanmoins, se trouvent à la partie moyenne et supérieure de la fesse. Le dernier venu, isolé de tous les autres, est situé au voisinage de la région sacrée. Il est à remarquer que

les plus anciens, ceux qui sont formés actuellement de croûtelles ou de vésicules desséchées, sont situés immédiatement au-dessus du genou. L'éruption semble donc s'être faite de bas en haut. Sur les avant-bras, sur le tronc, il y a quelques taches purpuriques très-peu marquées et dont la durée a été très-éphémère. Aucune trace d'hémorragie par les autres voies. Le malade éprouve des douleurs vives qui présentent une exacerbation nocturne évidente. Les douleurs se manifestent par instants sous forme d'élancements qui ne dépassent point le genou, à la partie inférieure, mais qui, supérieurement, s'étendent dans toute la région occupée par l'éruption cutanée, depuis la partie interne de la cuisse jusqu'à la ligne médiane, en arrière, au niveau de la région sacrée. Le traitement consiste en applications quotidiennes de collodion riciné. Ce moyen, si efficace en général dans le zona, et qui calme si bien les douleurs inhérentes à cette affection, ne paraît produire ici qu'un résultat médiocre. Les jours suivants, on ne note pourtant l'apparition d'aucune nouvelle poussée éruptive. Graduellement, les vésicules s'affaissent, et nous pouvons assister, pendant les jours qui suivent l'entrée du malade, à la dessiccation primitive de ces vésicules, à la formation et à la disparition des croûtes qui les remplacent, ainsi qu'à l'effacement graduel de leur coloration rouge et des taches purpuriques qui les entouraient. La persistance des douleurs devient le fait qui domine la scène et qui attire incessamment l'attention du malade. Continues, avec exacerbations nocturnes, ces douleurs se calment un peu pendant le jour. Elles présentent, par intervalles, ces accès avec élancement que nous avons signalés plus haut. Le malade se

plaint surtout des souffrances qu'il éprouve pendant la nuit et qui lui rendent le repos presque impossible. L'usage du sulfate de quinine semblant indiqué, on prescrit 50 centigrammes de ce médicament par jour, à prendre en deux prises. L'emploi de ce moyen n'amenant pas de soulagement notable, on a recours alors aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. Chaque jour on fait au malade une injection de dix gouttes d'une solution composée de : eau distillée, 10gr.; chlorhydrate de morphine, 0,25, chacune environ au niveau des parties douloureuses. Le malade n'a éprouvé qu'une amélioration peu sensible. A la date du 20 septembre, les douleurs ont un peu diminué, mais leur intensité est toujours grande pendant la nuit. Les élancements persistent; ils reviennent par accès pour disparaître pendant d'assez longs intervalles. A cette date, il reste encore des traces évidentes de l'éruption cutanée. Ces traces consistent en macules rougeâtres, plus ou moins larges, occupant la place des groupes bulleux disparus, et en cicatrices superficielles, arrondies, peu profondes, qui ont succédé aux vésicules. Le membre ne paraît avoir subi aucune atrophie; la mensuration faite à différentes hauteurs donne les mêmes résultats que du côté opposé. Il existe un léger degré d'hyperesthésie des téguments. Vers la partie moyenne de la cuisse, à la face antérieure, on trouve, en déprimant fortement les tissus avec les doigts, une sorte d'induration allongée, peu saillante, qui semble faire corps avec les tissus profonds. Plus superficiellement, on constate deux noyaux durs situés à une certaine profondeur au-dessous de la peau, de forme arrondie, légèrement douloureux à la pression.

22 septembre. — Le malade peut être considéré actuellement comme étant en voie de guérison.

Nature du zona. — Après avoir étudié le zona relativement aux lésions anatomiques qui le constituent, à la disposition et à l'évolution de ses lésions ; relativement à ses symptômes, à ses variétés de formes et à ses complications, le moment est venu de nous demander ce qu'il est, comme maladie, ou comme entité morbide.

Le zona est-il une affection de cause externe, locale, et sans racine dans l'économie ?

Est-il la manifestation d'une diathèse, et de quelle diathèse ?

Est-il, comme on l'a prétendu, le symptôme d'une affection nerveuse ?

Est-il une affection idiopathique, fébrile, une sorte de pyrexie éruptive, un pseudo-exanthème ? — Telles sont les questions que nous allons examiner.

Je dis d'abord que le zona n'existe pas en vertu d'une cause externe ou locale ; ses prodromes, son développement, son siége profond, étendu, à l'abri de l'action des corps extérieurs, l'indiquent assez sans que nous ayons besoin d'insister davantage.

Il n'existe pas non plus comme le symptôme d'une diathèse. De quelle diathèse en effet serait-il l'expression ? *Serait-ce de la diathèse syphilitique ?* Non, car le zona existe presque toujours à l'état aigu, douloureux, inflammatoire et passager ; or les dermatoses syphilitiques ont au contraire pour caractères d'être indolores, sans cachet phlegmasique, et chroniques dans leur

durée. Si le zona était syphilitique, il ne pourrait pas être *une syphilide précoce*, parce qu'il est limité à une seule région du corps, où il se présente avec une configuration nettement circonscrite, tandis que les syphilides précoces ont au contraire pour caractère principal d'être disséminées sans ordre sur toute la superficie des corps. Il ne pourrait pas être non plus une syphilide tardive ou en groupe; sans doute ses lésions sont limitées et groupées, comme les lésions cutanées syphilitiques tardives, mais elles n'ont absolument rien de commun avec ces lésions, quant à leur durée, quant à leur aspect, quant à leur coloration, quant à leurs ulcérations, quant à leurs croûtes. *Donc le zona n'est pas syphilitique.*

Serait-il herpétique? Non, car les caractères des affections cutanées herpétiques sont : 1° la disposition symétrique, or le zona n'est jamais que sur un seul côté du corps; 2° la chronicité, or le zona affecte la forme aiguë; 3° la récidivité, or il n'est point sujet à retour; une fois guéri, il ne reparaît pas. *Le zona n'est donc point herpétique.*

Serait-il arthritique? M. Bazin avait soutenu cette opinion dans sa première édition, mais il l'a abandonnée; voici textuellement les raisons qu'en donne son élève, M. le docteur Baudot :

« Nous avons dit que M. Bazin avait décrit, dans sa première édition, un zona idiopathique et un zona arthritique ou herpétique, mais que dans la seconde édition il décrivait seulement un zona idiopathique, non parce qu'il niait à cette affection toute relation avec l'arthritis ou l'herpétis, mais parce que souvent les caractères distinctifs sont difficiles à reconnaître, et que

d'ailleurs le zona guérissant toujours spontanément, la distinction entre le zona idiopathique et le zona arthritique ou herpétique est inutile. »

Telle est, sur la nature du zona, la dernière manière de voir de M. Bazin, traduite, nous le répétons, par la plume de notre honorable confrère M. Baudot, son élève.

Or nous nous emparons de cet aveu de M. Bazin qui nous dit qu'il n'y a point de caractères distinctifs entre le zona *arthritique* et le zona *idiopathique*, et que du reste le zona *guérit toujours spontanément*.

Ce n'est point ici le lieu d'aborder à fond la grande question de l'arthritis qui, du reste, a été traitée victorieusement par M. Hardy, mais nous pouvons bien le dire en passant : l'absence, le néant de caractères arthritiques, reconnus et avoués par M. Bazin lui-même pour le zona, nous espérons bien les lui voir reconnaître et avouer aussi, dans un avenir prochain, pour plusieurs autres affections cutanées, inféodées par lui à l'arthritis, et qui, en réalité, n'ont absolument rien de commun avec cette diathèse. Ainsi, par exemple, nous comptons bien que M. Bazin déclarera, dans une troisième édition, *qu'il n'y a pas de sycosis arthritique*, car le sycosis décrit par lui, dans sa première et dans sa deuxième édition, comme arthritique, n'a rien qui puisse le faire distinguer du sycosis de cause externe ; il guérit absolument comme le sycosis de cause externe, sans aucun traitement alcalin. Nous comptons bien aussi lui entendre faire la même rétractation pour l'eczéma nummulaire, pour le psoriasis nummulaire et scarlatiniforme, pour l'acné couperosique, pour l'hydroa vésiculeux, affections dans lesquelles toute ingérence arthritique est impossible à démontrer, et que nous

voyons tous les jours guérir, sans la moindre intervention de la médication alcaline posée par M. Bazin comme étant le spécifique de l'arthritis. Comment donc ces affections peuvent-elles justifier de leur nature arthritique, lorsque leur description, pour être complète, n'a rien absolument à emprunter aux prétendus caractères de l'arthritis, et lorsqu'elles guérissent en dehors de la médication spécifique de l'arthritis?

..... Mais revenons au zona, et disons, avec M. Bazin, qu'il ne relève d'aucune cause herpétique ou arthritique appréciable.

Le zona serait-il la conséquence *d'une névralgie, d'un traumatisme, d'une inflammation, d'une lésion quelconque des nerfs de la région où il siége?*

Cette opinion a été soutenue; elle s'appuie sur deux considérations bien différentes : sur la considération du siége du zona, correspondant à de gros troncs nerveux, et sur le caractère douloureux qu'il revêt.

Or, quant à son siége, le zona ne correspond pas aussi exactement qu'on a bien voulu le dire aux nerfs dont il exprimerait la lésion; il ne suit pas toujours leur trajet; il commence souvent sur une région, pour se terminer sur une autre; son point d'origine est quelquefois sur le tronc, et son point de terminaison sur un membre; sa direction est très-souvent tout autre que celle des nerfs au-dessus desquels il a pris naissance : ainsi, sur le tronc, s'il paraît accompagner d'abord un ou deux nerfs intercostaux, il ne tarde pas à s'en séparer pour suivre une marche différente et s'en éloigner souvent beaucoup. Donc l'argument tiré du siége du zona ne prouve rien quant à sa dépen-

dance d'une lésion ou d'une névralgie inhérente à tel ou tel nerf.

Le caractère douloureux du zona ne prouve pas non plus qu'il soit lié à une névralgie ou à un état pathologique quelconque de tel ou tel nerf.

Il arrive quelquefois que l'apparition du zona est précédée de douleurs névralgiques, c'est vrai, mais ces douleurs ne sont pas constantes, elles manquent souvent; il n'est pas rare de voir se développer un zona sans qu'il y ait eu de prodromes douloureux. Et d'autre part, combien ne voit-on pas de névralgies sans zona consécutif? Le zona, bien qu'assez fréquent, n'est-il pas une affection rare, comparativement aux névralgies que nous voyons siéger sur toutes les régions du corps, et revêtir toutes les formes, tous les types? Les névralgies les plus tenaces, les plus anciennes, les plus douloureuses, ne sont-elles pas exemptes de toute complication de zona?

De ces considérations, nous pouvons conclure que le zona n'existe point comme symptôme d'une névralgie inhérente au nerf dans la proximité duquel il s'est développé. Sans doute le phénomène *douleur* est un des caractères les plus constants du zona, puisque nous le constatons souvent dès la période prodromique, et que nous le retrouvons souvent aussi comme survivant au zona, pendant un temps qui peut être très-long. Mais pourquoi chercher le siége, le point de départ de la douleur, dans un nerf dont l'inflammation ou l'état névropathique réagirait sur la peau, de manière à y déterminer une éruption de zona? Pourquoi ne pas admettre que la douleur est inhérente au zona lui-même, qu'elle est, dans bien des cas, sa devan-

cière, sa compagne et sa survivante? Le zona est-il donc la seule maladie de la peau qui soit douloureuse? Le même phénomène *douleur* n'existe-il pas aussi à un très-haut degré, avec une intensité tout aussi grande, quoique sous une autre forme, dans *le prurigo formicans*, dans *le lichen aigu et chronique*, dans *l'urticaire*, dans *l'eczéma rubrum?* Toutes ces différentes maladies ne comptent-elles pas la douleur dans le cortége de leurs attributs? Il en est ainsi du zona.

Le zona n'est donc ni une affection de cause locale ou externe, ni un symptôme de l'arthritis ou de l'herpétis, ni un état morbide développé dans un nerf dont il suivrait la direction.

Nous verrons dans le zona, à l'exemple de M. Bazin, *une affection idiopathique de cause interne, une maladie essentielle, une pyrexie, une véritable fièvre éruptive, un pseudo-exanthème.* Nous dirons donc qu'il y a une fièvre de zona, comme il y a une fièvre ecthymateuse, scarlatineuse, rubéolique, variolique, impétigineuse, etc.

En effet, nous trouvons dans le zona tous les caractères d'une fièvre éruptive : ainsi nous constatons d'abord des *prodromes*, un état général mauvais, de l'inappétence, des troubles fonctionnels, de la courbature, de la fièvre; puis l'éruption se fait, les plaques érythémateuses se déploient, les vésicules s'y produisent et s'y groupent. Si l'éruption ne se produit pas simultanément, en une seule poussée, du moins la succession des divers groupes s'opère assez rapidement pour que la durée de l'ensemble ne dépasse pas deux ou trois septénaires, dans les diverses périodes de son évolution, l'affection conservant ainsi toujours

son caractère aigu. Lorsque l'éruption a lieu, l'intensité de la fièvre et des accidents prodromiques diminue; l'éruption a produit une véritable détente dans le zona, comme dans la rougeole, comme dans la variole, comme dans la scarlatine; et dans le zona, comme dans ces affections, la diminution de la fièvre est progressive, à mesure que l'éruption marche sur son déclin. Enfin, dans le zona, comme dans les autres fièvres éruptives, il y a une forme ordinaire, habituelle ou bénigne, et une forme grave ou maligne. Nous avons vu, en effet, qu'il y a un zona noir, hémorragique ou purpurique, et un zona gangréneux, de même qu'il y a une scarlatine gangréneuse, un érysipèle gangréneux, une variole noire on hémorragique.

Diagnostic du zona. — Il ne présente aucune difficulté; aucune autre affection ne saurait être confondue avec lui; il a des traits tellement accentués qu'il ne ressemble qu'à lui-même. Quelle est en effet l'affection qui se traduit par des vésicules persistantes groupées sur des plaques érythémateuses, lesquelles, nettement séparées les unes des autres, sont disposées de manière à constituer par leur ensemble une demi-ceinture, en embrassant la demi-circonférence de la région du corps, du tronc ou des membres, sur laquelle elles se sont développées? Il n'y en a aucune; donc le diagnostic n'est jamais embarrassant.

Pronostic du zona.—En lui-même, le zona ne nous fera jamais porter un pronostic fâcheux. C'est une affection bénigne qui parcourt ses périodes dans l'espace de deux à trois septénaires, et qui généralement n'entraîne avec elle aucun danger. Cependant il ne faut

pas oublier que le zona peut revêtir une forme gangréneuse et une forme hémorragique, et que dans l'une ou l'autre de ces deux formes, qui peuvent exister séparément ou se trouver réunies, les accidents généraux et locaux se présentent avec une gravité beaucoup plus prononcée; le pronostic devra donc être plus sérieux, en présence de ces deux formes, sans que cependant il y ait un danger pour la vie. Il ne faut pas oublier non plus que, même dans la forme bénigne, le zona peut être compliqué de douleurs extrêmement vives, tenaces et persistantes, dont la durée est souvent considérable, d'un et même de deux mois, malgré un traitement des plus énergiques; l'intensité de ces douleurs condamnant les malades à un repos absolu, empêchant l'appétit, le sommeil, doit encore nécessairement assombrir le pronostic; cette complication en effet est assez importante pour que le pronostic doive toujours en tenir compte.

Traitement du zona. — Il doit être déduit de l'appréciation de sa nature, de ses lésions matérielles, et des dangers ou complications qu'elles peuvent amener après elles.

Le zona, avons-nous dit, est toujours une affection de cause interne, c'est une fièvre éruptive, comme la variole, comme la rougeole, comme la scarlatine, comme l'érysipèle : par conséquent, il est toujours précédé et accompagné de troubles généraux, de désordres fonctionnels, qui portent avec eux leurs indications thérapeutiques. Ainsi, contre la fièvre, contre l'état saburral des voies digestives, on prescrira le repos au lit; un vomitif au début, lequel, par la congestion qu'il détermine vers la peau, ne pourra que rendre plus facile et plus

rapide le développement de l'éruption; plus tard, vers le cinquième ou sixième jour de l'éruption, quand les vésicules sont dans leur période de déclin, au moment où elles se flétrissent et deviennent croûteuses, un ou deux purgatifs salins sont indiqués pour opérer sur le tube gastro-intestinal une révolution salutaire, pour débarrasser les voies digestives qui sont habituellement dans un état bilieux très-prononcé. Une ou deux limonades purgatives, une ou deux doses d'eau de Birmenstorff, ou d'eau de Pullna, ou d'eau de Sedlitz, prises ainsi, le matin, à un ou deux jours d'intervalle, contribueront puissamment à nettoyer la langue et à ramener l'appétit. Dans la période prodromique et au début de la période éruptive, des infusions chaudes, des boissons diaphorétiques faciliteront le développement de l'éruption et par conséquent amèneront une détente dans les accidents généraux; plus tard, dans la période du déclin de l'éruption, vous prescrirez des tisanes acidulées et amères, dont l'action stimulante et dépurative se fera utilement sentir sur les organes digestifs, en réveillant leur action et en les débarrassant des saburres incompatibles avec l'appétit. — Tel devra être le traitement *interne du zona.*

Il y a, Messieurs, des affections cutanées contre lesquelles vous ne devrez faire aucun traitement externe ou local; et cela pour deux raisons, ou dans deux cas différents. Ce sera d'abord dans le cas où ces affections sont représentées par des lésions cutanées dont la nature ne fournit à la thérapeutique aucune indication à remplir; ce sera ensuite dans le cas où ces mêmes affections existent en vertu d'une cause diathésique, ou de désordres internes. Quand une affection cutanée se présente dans

ces deux conditions, ce n'est pas elle qu'il faut attaquer directement, puisque, par elle-même, par sa constitution anatomique, elle ne donne pas prise au traitement; mais il faut diriger tout l'effort thérapeutique du côté de la cause productrice, vers la racine du mal.

Il en est ainsi dans certains exanthèmes qui sont sous la dépendance de désordres gastro-intestinaux, qui existent par le fait de troubles plus ou moins profonds, plus ou moins accidentels, survenus dans le système digestif : ainsi, par exemple, dans l'urticaire aiguë ou chronique, dans l'érythème papuleux. Le principe du mal est dans l'estomac et l'intestin fatigués, troublés ou irrités; c'est là, c'est à sa source qu'il faut aller le chercher, et qu'il faut le combattre par des moyens appropriés à la nature des désordres produits : vous n'avez pas autre chose à faire; les lésions exanthématiques de la peau ne comportent aucune médication.

Il en est de même encore dans certaines syphilides : ainsi, dans la roséole syphilitique, dans la syphilide papuleuse, dans la syphilide squammeuse, dans la syphilide tuberculeuse, dans la syphilide circinée. Dans toutes ces affections, la lésion cutanée ne donne aucune prise sur elle; on ne trouve aucune indication à remplir envers elle, c'est de la diathèse seule qu'il faut s'occuper; efforcez-vous de détruire, par une médication altérante, le principe vicieux ou diathésique, et vous verrez progressivement s'effacer les lésions qui en étaient la traduction, ou le symptôme :

Sublata causa, tollitur effectus.

Ce grand principe de thérapeutique ne saurait être appliqué au zona. Sans doute vous devez instituer, pour

le combattre, une médication interne, nous l'avons vu tout à l'heure, puisqu'il dépend d'une fièvre, c'est-à-dire d'une perturbation générale que vous aurez à calmer et dont il vous faudra réparer les effets ; mais ce ne sera pas tout. Les lésions qui le constituent sont assez sérieuses par elles-mêmes, par leurs conséquences ou complications possibles, pour que vous y trouviez des indications thérapeutiques dont l'importance ne vous échappera pas, et que vous ne devrez jamais manquer de remplir.

Quelles sont donc les lésions ? Quelles sont les complications à craindre? Et quelles sont les indications thérapeutiques qui en découlent?

Les lésions, ce sont des vésicules qui se sont élevées sur un derme érythémateux, enflammé ; et quand ces vésicules se sont ouvertes, elles laissent à nu la portion du derme dénudé d'épithélium qu'elles recouvraient.

Les complications à craindre, ce sont surtout les douleurs névralgiques, si aiguës, si intenses, si opiniâtres, dont nous avons parlé, douleurs qu'il faut bien se garder de provoquer par une irritation qui en deviendrait la cause déterminante ; il faut donc ménager avec le plus grand soin le derme malade, il faut éviter que ses parties dénudées soient exposées au contact, toujours irritant, de l'air extérieur ; il faut donc faire en sorte que les vésicules soient conservées le plus longtemps possible, afin qu'elles restent, par le feuillet épidermique qui les constitue, comme un organe protecteur pour le derme sous-jaccent.

De cette nécessité de conserver les vésicules dans toute leur intégrité, il résulte que vous devrez les mettre à l'abri de tout ce qui pourrait leur porter atteinte : inter-

dire les frictions, les grattages, les contacts trop durs, les pansements susceptibles de les déchirer, les bains, les cataplasmes qui, en les ramollissant, feraient tomber le feuillet épidermique dont elles sont formées et laisseraient le derme à nu.

Cette indication a été parfaitement comprise par les auteurs; aussi nous les entendons tous recommander, comme traitement externe dans le zona, l'application de poudres siccatives, inertes, isolantes et absorbantes, destinées à recouvrir les parties malades, à suppléer au feuillet épidermique qui aurait pu être enlevé, et à garantir le derme enflammé contre toute cause d'irritation venant du dehors.

C'est ainsi que l'on recommande l'usage des poudres d'amidon, de lycopode, de vieux bois.

Mais ces topiques. sont aussi grossiers qu'incommodes et insuffisants, on le comprend sans qu'il soit nécessaire de le démontrer; ils ne remplissent que très-imparfaitement le but que l'on se propose, tout en causant aux malades de nombreux inconvénients.

Aussi nous les avons remplacés très-avantageusement, depuis une dizaine d'années, par un autre moyen dont nous croyons avoir eu le premier l'idée, et dont nous ne cessons, dans nos cours et dans nos diverses publications, de recommander l'emploi chaque fois que l'occasion s'en présente. Ce moyen est le suivant :

Nous faisons badigeonner deux ou trois fois par jour les parties malades avec du collodion riciné élastique. On imbibe un pinceau de blaireau de cette liqueur et on promène ce pinceau sur toutes les surfaces malades, sur tous les groupes de vésicules qu'on a soin de dépasser dans tous les sens. Chaque badigeonnage se fait par-

dessus le résidu du badigeonnage précédent, auquel on a soin de ne pas toucher, que l'on se garde bien de détacher et dont, au contraire, on fortifie la couche solidifiée en la recouvrant d'une nouvelle couche qui se solidifie à son tour en épaississant et en fortifiant les couches précédemment déposées.

Voici comment il faut comprendre, dans ce cas, l'action du collodion riciné élastique. Cette liqueur a un triple mode d'action :

1° Par ses propriétés anesthésiques, elle agit comme un calmant local; c'est une substance rafraîchissante, réfrigérante et calmante que l'on étend sur des surfaces enflammées et douloureuses.

2° Le collodion riciné élastique adhère fortement aux parties avec lesquelles il est en contact et sur lesquelles il forme une couche épaisse et uniforme; or, en se vaporisant, en perdant toute sa partie liquide, en devenant un corps solide, il se trouve réduit de volume, forcé de revenir sur lui-même et par conséquent d'occuper une surface moins étendue; il en résulte, pour toutes les parties qu'il recouvre, une compression uniforme et constante, et comme ces parties sont le siége d'une congestion, d'une turgescence active et inflammatoire, cette compression ne peut qu'en favoriser la résolution. Le collodion riciné élastique a donc pour deuxième mode d'action d'être l'agent d'une compression éminemment résolutive.

3° Non-seulement il anesthésie les parties malades par sa composition chimique, non-seulement il les comprime par la puissance rétractive qu'il acquiert en se solidifiant, mais encore, en les recouvrant d'une couche épaisse et solide, d'une sorte de feutrage imperméable,

il les isole, il les met à l'abri de toute violence, de tout contact extérieur, de toute vicissitude de température, de l'action de l'air, de l'adhérence des pièces de pansement, des vêtements, des draps de lit, en un mot de tout ce qui agit d'une manière fâcheuse sur des surfaces enflammées et excoriées.

Tels sont les trois modes d'action du collodion riciné élastique dans le traitement du zona. Ce traitement, vous le voyez, est très-simple, très-rationnel et très-efficace ; par lui vous procurez aux malades un soulagement presque immédiat, et vous les garantissez presque infailliblement de ces douleurs névralgiques si intenses et si opiniâtres qui sont la complication la plus redoutable et la plus fréquente du zona. Depuis que nous employons ce moyen, sur un grand nombre de cas que nous traitons chaque année, nous n'avons vu qu'une seule fois les douleurs névralgiques se produire, et encore avec très-peu d'intensité. Nous ne saurions donc trop vous recommander ce traitement, dont l'usage du reste commence à se vulgariser.

Bien que le zona ne soit, comme nous l'avons déjà dit, qu'une simple variété de l'herpès, nous l'avons traité cependant avec tous les détails et tous les développements qu'il mérite, et comme une affection *sui generis*, en raison de sa fréquence, de l'intérêt qu'il présente et des accidents sérieux dont il est quelquefois accompagné.

Reprenons maintenant l'histoire générale de l'herpès.

VINGT-CINQUIÈME LEÇON

Herpès (*suite et fin*).

VARIÉTÉS DE L'HERPÈS SUIVANT SA NATURE.

Nous avons jusqu'ici étudié l'herpès relativement aux lésions anatomiques qui le constituent considérées en elles-mêmes d'abord, et ensuite dans leur évolution, dans leur durée, dans leurs symptômes subjectifs. Puis nous l'avons envisagé relativement à ses variétés de siége, de formes, d'aspect, de configuration. Nous le connaissons donc au point de vue matériel ; nous savons quelles modifications, quelles altérations il apporte dans l'état physiologique de la peau et des muqueuses, mais nous ne savons pas encore ce qu'il est comme maladie, quelle est sa valeur, quelle est sa signification comme entité morbide. Le moment est venu de l'étudier à ce point de vue.

Or l'herpès, envisagé comme maladie, se présente à nous sous cinq aspects différents. Tantôt il est le résultat d'une cause toute locale, cause extérieure et tout à fait indépendante de la constitution, de la santé générale ou d'un trouble quelconque survenu dans

l'état physiologique du malade : *c'est l'herpès de cause externe.*

Tantôt au contraire il procède directement, essentiellement, d'un désordre survenu dans la santé, d'une fièvre indépendante de toute lésion organique et qui amène comme résultat la poussée herpétique : *c'est l'herpès idiopathique de cause interne, c'est la fièvre herpétique.*

D'autres fois, l'herpès apparaît au déclin d'une maladie qui a été plus ou moins longue et plus ou moins grave; cette maladie persistait avec intensité, elle résistait aux efforts de la thérapeutique, rien n'annonçait qu'elle dût bientôt se terminer, elle se maintenait à sa période d'état, lorsque survient une poussée herpétique. et à partir de ce moment la maladie entre dans sa période de déclin; l'herpès a été une véritable crise salutaire qui l'a jugée, qui a signalé sa terminaison heureuse : *c'est l'herpès critique.*

Quelquefois vous verrez l'herpès revêtir la forme chronique, n'être précédé ou accompagné d'aucun trouble général, procéder par poussées successives, se produisant les unes après les autres à intervalles plus ou moins éloignés, et, alors, avoir une durée souvent très-longue et liée visiblement à une cause interne diathésique : *c'est l'herpès herpétique dartreux*, en d'autres termes, *symptomatique d'un état herpétique ou dartreux.*

Sous cette même forme chronique, mais continue, persistante, et non plus successive dans ses manifestations, l'herpès deviendra le symptôme de la syphilis et constituera la *syphilide herpétiforme*, ou l'*herpès syphilitique.*

Enfin l'herpès, dans une de ces deux formes circinées, sera produit et entretenu par un parasite végétal, champignon microscopique appelé *tricophyton* : ce sera alors l'*herpès parasitaire*.

Ainsi l'herpès peut être : 1° *de cause externe ;* 2° *idiopathique de cause interne et constituer une véritable fièvre éruptive;* 3° il peut être le résultat d'une crise salutaire, opérée par la nature pour terminer une maladie persistante : c'est l'*herpès critique;* 4° il peut être le symptôme des diathèses *syphilitique* et *herpétique;* 5° enfin il est *parasitaire*. Indiquons les caractères distinctifs et les traits principaux de chacune de ces espèces d'herpès, ou, en d'autres termes, de l'herpès dans chacune de ces cinq natures.

Herpès de cause externe.—Il est le résultat d'une irritation locale, apportée à la peau ou à une muqueuse par une cause extérieure. Les causes externes qui peuvent produire une poussée herpétique sont nombreuses et variées. Ainsi le contact, sur la peau ou sur une muqueuse, d'un insecte venimeux, d'une chenille, d'une araignée ; le contact sur les lèvres d'un corps malpropre, d'un verre non lavé, par exemple ; le baiser sur les lèvres d'une personne dont la bouche est mal soignée et l'haleine fétide ; le coït avec une femme leucorrhéique, ou à l'époque menstruelle ; la présence de matières sébacées concrétées entre le gland et le prépuce ; la négligence des soins hygiéniques de la vulve, chez les femmes adipeuses principalement, etc... ; telles sont les principales causes qui peuvent déterminer l'herpès de cause externe.

Le siége le plus habituel de l'herpès de cause ex-

terne, c'est la bouche, les lèvres buccales, et surtout la lèvre inférieure *(herpès labialis)*. Souvent l'herpès labialis n'est constitué que par un seul groupe, arrondi, peu étendu, de la dimension d'une pièce de 1 demi-franc ou de 1 franc; ce groupe unique siége à la fois à la muqueuse labiale et sur la peau; quelquefois sur la peau seulement, au niveau et au-dessous de la commissure buccale. Plus rarement, l'herpès siége sur la lèvre supérieure, où il peut avoir été produit par l'action irritante du liquide venant des fosses nasales; plus rarement encore, il occupe le sillon naso-labial *(herpès nasalis)*. La durée de l'herpès labialis est de huit jours environ, et dans son évolution on peut parfaitement suivre le développement de ses périodes érythémateuse, vésiculeuse et croûteuse, qui ne sont gênées par aucune disposition anatomique. L'herpès labialis est peu douloureux; il occasionne de la tension, de la chaleur, un peu de cuisson, de la gêne plutôt que de la douleur; il se termine par une croûte épaisse, jaune, noirâtre, qui, en tombant, ne laisse après elle aucune cicatrice.

Après la bouche, c'est aux parties génitales que l'on trouve le plus souvent l'herpès de cause externe. Chez l'homme, il existe à la face interne du prépuce *(herpès præputialis)*; il est le résultat du défaut de soins, de propreté, de l'accumulation de matières sébacées qui, n'étant point enlevées par des lotions, restent entre le gland et le prépuce, où elles se concrètent et deviennent, par leur présence, une cause d'irritation qui se traduit par de l'herpès.

Chez la femme, l'herpès des parties génitales, de cause externe, est encore plus commun que chez l'homme

(*herpès vulvaris*); il y est la conséquence du défaut de soins de propreté, de la stagnation sur des parties fines, délicates et sensibles, de liquides de natures diverses, qui deviennent âcres et irritants lorsqu'ils séjournent un temps un peu prolongé sur des surfaces muqueuses ou cutanées toujours en contact avec elles-mêmes. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'herpès des parties génitales, dans les deux sexes, en raison de la disposition de ces parties, de l'excessive ténuité de leur feuillet épithélial, de leur opposition réciproque et du frottement qu'elles exercent les unes sur les autres, l'herpès, disons-nous, dans ces régions, ne se montre guère qu'à l'état ulcéreux, c'est-à-dire sous la forme de petites ulcérations superficielles, sans profondeur, à bords biseautés, irréguliers. La durée de ces ulcérations herpétiques, quand elles sont convenablement soignées, n'est que de quelques jours seulement, quatre, cinq ou six jours.

Herpès de cause interne; herpès idiopathique; fièvre herpétique; herpès pseudo-exanthématique. — Nous venons de voir que l'herpès, dans une de ses espèces, est le résultat d'une cause externe, et dépend d'une irritation plus ou moins inflammatoire, exercée sur la peau ou sur une muqueuse. Ici la maladie vient du dehors; elle n'a aucune racine dans la santé générale ou dans un trouble intérieur quelconque. Mais nous allons voir maintenant qu'une autre nature ou espèce d'herpès procède, au contraire, d'un trouble passager survenu dans l'économie, d'un état fébrile qui précède son apparition, diminue au moment de son efflorescence, et s'éteint progressivement à mesure que l'éruption her-

pétique décline et disparaît. Il y a là de toute évidence une relation de cause à effet, une connexité incontestable entre cette fièvre, ce trouble général et cette éruption; il y a là ce que l'on constate dans la rougeole, dans la scarlatine, dans la variole... il y a là une véritable fièvre éruptive à forme d'herpès, en d'autres termes, un herpès idiopathique de cause interne.

Or, la fièvre herpétique est caractérisée par trois variétés du genre herpès : 1° par la variété appelée *zona*, dont nous avons assez parlé pour n'y plus revenir; 2° par la variété décrite sous le nom d'*herpès phlycténoïde disséminé*, laquelle n'est autre chose que l'herpès præputialis, labialis et vulvaris, se manifestant en plusieurs groupes, et envahissant dans une surface assez étendue les régions avoisinant la bouche ou les organes génitaux; 3° par la variété appelée *herpès circiné*.

La variété décrite sous le nom d'*herpès phlycténoïde* n'est autre que l'herpès type, l'herpès ayant tous les caractère pathognomoniques du genre. Par conséquent, ce n'est point une variété, ce n'est qu'une surcharge de division, établie mal à propos dans le genre herpès, et qu'il faut effacer pour ne pas embarrasser la mémoire et ne pas multiplier inutilement les difficultés. Nous dirons seulement, à propos de l'herpès phlycténoïde, que la fièvre herpétique est quelquefois caractérisée par plusieurs groupes de vésicules herpétiques volumineuses, réparties sans ordre sur les lèvres buccales, sur les joues, ou dans les parties contiguës à la zone génitale, dans l'un et l'autre sexe.

Nous dirions encore que la fièvre herpétique est manifestée par la variété d'herpès décrite par Bateman sous le nom d'*herpès iris*, si nous rangions cette affec-

tion dans le genre herpès. Mais nous ne pensons pas qu'elle doive y trouver place. Nous sommes à cet égard de l'avis de M. Bazin, et nous pensons, comme lui, que l'herpès iris de Bateman ne peut faire partie du genre herpès, et qu'il doit être désigné sous le nom d'*hydroa vésiculeux*. En effet, il y a bien, dans l'herpès iris, une vésicule, mais cette vésicule est si peu apparente que M. Hardy la conteste, qu'il ne veut voir dans cette affection aucun élément humide, puisqu'il la désigne sous le nom d'*érythème polymorphe*. La vésicule de l'herpès iris est peu apparente, elle est unique, isolée, ne faisant partie d'aucun groupe; elle n'est point croûteuse, ou du moins n'a qu'un simulacre de croûte; il n'y a donc là rien absolument qui rappelle les caractères de l'herpès; aussi, à l'exemple de M. Bazin, nous effaçons la dénomination impropre d'herpès iris, que Bateman avait voulu consacrer, et nous la remplaçons par celle d'*hydroa vésiculeux*, qui n'est plus un herpès, et dont par conséquent nous n'avons pas à nous occuper ici.

Il n'en est pas de même de la variété d'herpès appelée *herpès circiné*, en raison de la disposition circulaire, ou en cercle, affectée per les lésions qui la représentent. L'herpès circiné siége sur le tronc, principalement sur la partie antérieure de la poitrine et sur le cou, rarement sur la figure. Il est ordinairement précédé de quelques accidents prodromiques, léger malaise, fièvre peu intense, courbature, anorexie, sensation de chaleur, de tension, de picotements dans les points qui vont être affectés; mais ces symptômes sont légers et disparaissent aussitôt que l'éruption se produit.

« L'herpès circiné, dit M. Bazin, consiste, à sa période d'état, dans une série de cercles plus ou moins éten-

dus : les uns sont de la largeur d'une pièce de 5 francs, et sont parfaitement circulaires ; d'autres sont plus étendus et plus ou moins irréguliers ; plusieurs cercles voisins se confondent souvent ensemble par leur circonférence, mais leurs contours sont toujours nettement circulaires ; d'autres sont plus petits et ne dépassent pas la largeur d'une pièce de 1 franc. La plupart de ces cercles, à leur période d'état, sont constitués de dehors en dedans, par une première zone rouge à la base, et surmontée à son sommet de vésicules petites qui ne dépassent guère la grosseur d'une tête d'épingle, et persistent de 24 à 48 heures ; plus au dedans se voit une deuxième zone, plus large que la première, d'une coloration blanchâtre, et sur laquelle on ne trouve plus qu'une desquamation gris blanchâtre, en lamelles assez fines, indice de vésicules qui n'existent déjà plus ; et enfin le centre du cercle est complétement sain et offre la coloration normale de la peau. Si le cercle est peu étendu ou si la plaque est formée par l'adjonction de cercles qui se coupent mutuellement, sa partie centrale n'est plus à l'état sain ; elle est recouverte d'une desquamation blanchâtre et uniforme, provenant de la transformation de vésicules antérieures. Ces différentes plaques sont le siége d'une démangeaison peu vive ou de picotements légers qui ont surtout lieu à la chaleur du lit. Le suintement est nul, le liquide des vésicules se résorbant en partie et se transformant en squames légères.

« Cet état persiste environ un septénaire, pendant lequel de nouvelles vésicules tendent à se former sur l'auréole rouge excentrique des plaques. Au bout de ce temps, peu à peu, toute trace de vésicules disparaît, et

l'on ne retrouve bientôt plus que des squames légères, grisâtres, reposant sur une surface érythémateuse qui pâlit également de plus en plus.

« Plus tard encore, les squames tombent, le rouge s'efface complétement, et la peau reprend peu à peu sa coloration normale ; mais cette terminaison n'arrive que lentement, à la fin du troisième septénaire, et quelquefois plus tard encore. »

Telle est la description très-exacte de cette variété assez rare d'herpès, donnée par M. Bazin. Nous voyons dans cette variété, aussi bien que dans le zona, aussi bien que dans la variété décrite sous le nom d'herpès phlycténoïde disséminé, une fièvre essentielle, une pyrexie à forme d'herpès. M. Bazin, père de l'arthritis, y voit, lui, une manifestation de la diathèse arthritique.

Nous ne pouvons pas partager cette opinion. A quoi bon en effet s'obstiner à faire intervenir une cause diathésique, lorsque tout s'explique si facilement, si clairement, sans cette prétendue diathèse ? Lorsque tous les caractères généraux et locaux d'une fièvre éruptive essentielle, autrement dit d'un herpès idiopathique de cause interne, sont si bien accusés, si manifestement tranchés, à quoi bon faire intervenir un principe arthritique que rien ne justifie ? Et voyez combien M. Bazin lui-même semble peu convaincu de la nature arthritique de l'herpès circiné ! voici, en effet, ce qu'il dit du traitement de cette variété d'herpès :

« Il faut se borner, comme moyen local, à saupoudrer les parties malades de poudre d'amidon. Ce n'est qu'au déclin de l'affection que l'on pourra faire prendre des bains amidonnés ou légèrement alcalins, qui en hâ-

teront la résolution. *Comme traitement général, il suffira de recourir à quelques légers purgatifs et à quelques boissons acidulées ou légèrement diurétiques.* »

Ainsi, voilà une affection que M. Bazin nous présente comme une *arthritide*, et nous n'y trouvons pas un seul caractère qui ne s'applique exactement à une fièvre éruptive. Bien plus, lorsqu'il s'agit du traitement, M. Bazin ne sait rien prescrire de plus que ce que nous prescrivons nous-même. Quelle est donc cette diathèse qui n'a ni caractères pathognomoniques, ni traitement spécifique? Déjà M. Bazin a été obligé de céder à l'évidence, et de déclarer que le zona et l'herpès phlycténoïde n'ont rien de commun avec l'arthritis; nous attendons de lui, maintenant, la même déclaration pour l'herpès circiné.

Concluons en disant qu'il y a une fièvre herpétique essentielle, caractérisée par trois des variétés du genre herpès : *par le zona*, *par l'herpès circiné*, et *par l'herpès phlycténoïde disséminé.*

Herpès critique.— Si l'herpès, comme nous venons de le voir, constitue à lui seul, dans certains cas, toute la maladie, au même titre que l'érythème, l'érysipèle, l'urticaire, la rougeole, la scarlatine, etc., vous verrez que, dans d'autres cas, l'herpès survient dans le cours d'une autre maladie, et qu'à partir du moment de son apparition cette autre maladie entre franchement dans une période de déclin et marche à une guérison rapide. Il y a donc là un des phénomènes décrits et considérés avec raison, par les anciens, comme étant une crise salutaire ménagée par la nature pour hâter et favoriser la terminaison d'une maladie plus ou moins grave, et ré-

fractaire jusque-là. C'est ainsi, par exemple, que vous verrez survenir, une ou deux plaques d'herpès au déclin d'une fièvre typhoïde, d'accidents gastro-intestinaux ou encéphaliques, rebelles jusque-là. L'apparition de ces plaques sera le signal d'une amélioration qui ne s'était point encore manifestée ; vous verrez la guérison arriver à grands pas; aussi vous serez autorisés à considérer cette poussée herpétique comme étant une crise salutaire, et vous déclarerez que s'il y a un herpès *de cause externe*, que s'il y a un herpès *de cause interne idiopathique*, il y a aussi un herpès que vous pourrez appeler *critique*.

Herpès symptomatique. — L'herpès n'affecte pas toujours la forme aiguë ; il revêt aussi la forme chronique : non-seulement vous le verrez avec tous les caractères de la chronicité, mais encore vous constaterez que, dans sa marche chronique, il revêt trois formes différentes, chacune de ces formes exprimant un état différent de l'économie. Tantôt, en effet, vous le verrez, dans une évolution lente, chronique et avec une durée indéterminée, procéder par poussées successives, se produisant à intervalles plus ou moins éloignés les uns des autres : c'est l'herpès *successif et chronique*, expression de l'herpétisme. Tantôt vous le trouverez ayant dans sa chronicité une existence continue, permanente, non interrompue : c'est l'*herpès syphilitique*. D'autres fois, enfin, vous lui verrez affecter une disposition circulaire, analogue à celle que nous lui avons vu prendre dans la forme que nous avons décrite sous le nom d'herpès circiné idiopathique.

Dans cette première forme, nous avons dit qu'il se

présentait avec tous les attributs d'une affection aiguë inflammatoire, ne relevant que d'elle-même, essentielle par conséquent. Dans la deuxième forme circinée, au contraire, nous le trouverons avec des allures bien différentes, puisqu'il aura pris le caractère chronique; ce sera l'herpès *circiné parasitaire*, symptomatique de l'existence du tricophyton. Disons quelques mots sur chacune de ces trois formes de l'herpès chronique, si différentes par leur aspect, par leurs caractères extérieurs et par leur nature.

Herpès herpétique ou dartreux. — Il affecte la forme chronique; il n'est précédé d'aucun trouble général, d'aucun accident prodromique; il est caractérisé par des poussées qui se font successivement. Quelquefois ces poussées empiètent les unes sur les autres : l'une est à son déclin, l'autre est à sa période d'invasion; la première finit, la deuxième commence; il y a donc là une sorte de continuité dans l'affection qui pourtant, tout en étant permanente et continue, reste *successive* dans son évolution.

D'autres fois, au contraire, les poussées se produisent à des intervalles plus ou moins éloignés; elles sont séparées les unes des autres par plusieurs semaines et même plusieurs mois; les malades se croient guéris, lorsqu'une nouvelle poussée vient les désillusionner; la maladie peut ainsi durer des années, un temps indéterminé.

Nous avons dit que dans cette forme il n'y a aucun retentissement général; il y a seulement, au niveau des manifestations herpétiques, quelques cuissons, quelques picotements, quelques démangeaisons, et c'est tout.

L'herpès chronique et successif se rencontre au pourtour de la bouche, sur les lèvres; mais son siége le plus habituel est la région génitale : chez l'homme, la face interne du prépuce; chez la femme, la vulve, les plis génito-cruraux. M. Doyon l'a décrit sous le nom d'*herpès récidivant des parties génitales*.

Pour M. Bazin, cette forme d'herpès est symptomatique de l'arthritis. Vous remarquerez, Messieurs, qu'au début des travaux de M. Bazin l'herpès payait un large tribut à l'arthritis; l'herpès était arthritique dans sa forme *phlycténoïde disséminée*, et dans sa forme *zona;* il l'est encore actuellement dans la forme *circinée aiguë* et dans la forme qui nous occupe en ce moment.

Vous vous rappelez que M. Bazin lui-même a rayé les deux premières formes des cadres de jour en jour plus appauvris de l'arthritis; il y maintient encore aujourd'hui les deux dernières formes; mais nous avons vu qu'il n'a qu'une foi bien médiocre dans la nature *arthritique* de l'herpès circiné aigu, puisqu'il ne prescrit contre lui aucun traitement alcalin; c'est là, de sa part, une foi sans les œuvres, et la foi sans les œuvres n'est-elle pas une foi déjà morte? Quant à l'herpès successif et chronique, il le déclare bien *et dûment arthritique*, et n'a garde d'omettre, pour le combattre, le sirop alcalin, spécifique de l'arthritis.

Pour nous, avec M. Hardy et M. Doyon, nous considérons l'herpès successif et chronique comme étant de nature herpétique, et par conséquent symptomatique de la dartre. Nous trouvons en lui la durée, la ténacité, la récidivité, les démangeaisons inhérentes, comme caractères, aux affections dartreuses. Nous trouvons le

prurit plus ou moins intense qui porte les malades à des grattages répétés.

Nous en avons observé un cas dernièrement chez un monsieur herpétique, né d'un père herpétique, et que nous avions soigné quelque temps auparavant pour un eczéma herpétique ; la médication arsénicale a fini par triompher de cette affection rebelle.

Herpès syphilitique, syphilide herpétiforme. — Nous venons de voir que l'herpès, dans une de ses deux formes chroniques , dans sa forme *successive*, décrite par M. Doyon sous le nom d'*herpès récidivant des parties génitales*, est symptomatique de la dartre. Nous allons voir maintenant que, dans sa deuxième forme chronique, il devient une manifestation de la syphilis. Il existe, en effet, un herpès syphilitique, nié à tort par M. Bazin, mais admis et très-bien décrit par M. Hardy, sous le nom de *syphilide herpétiforme*.

La syphilide herpétiforme est caractérisée par des vésicules de la grosseur d'un grain de millet ou d'un grain de groseille, disposées en cercle, et groupées sur une même surface, d'une coloration rouge cuivrée. Le genre *herpès* est caractérisé : 1° par l'élément primitif ou lésion anatomique, *la vésicule* ; 2° par le volume des vésicules ; 3° par leur persistance, elles durent en effet de six à huit jours ; 4° par leur disposition en cercle ; 5° par leur groupement sur une surface cutanée, d'une coloration morbide qui tranche sur la couleur de la peau environnante restée saine ; 6° par leur évolution. Ces vésicules, après une durée de six à huit jours, se recouvrent d'une croûte qui persiste, à son tour, pendant plusieurs jours, et qui se détache ensuite sans laisser de

cicatrice durable Quelquefois cependant les vésicules ne se recouvrent pas de croûtes, le liquide qu'elles contenaient ayant été résorbé; dans ce cas, elles se terminent par une simple exfoliation épidermique.

Ces caractères sont assurément ceux du genre herpès; voyons maintenant comment nous y trouverons le cachet de la syphilis.

La surface de la peau, où sont groupées les vésicules, au lieu d'être, comme dans l'herpès idiopathique, d'une coloration vive, rosée, érythémateuse, est d'une teinte foncée, cuivrée, rouge brunâtre, appartenant à la syphilis.

L'éruption des vésicules, au lieu d'être accompagnée de picotements, de cuissons, de démangeaisons comme dans l'herpès dartreux, ou d'une sensation de chaleur, de brûlure, de tension, comme dans l'herpès idiopathique, est absolument indolore; les plaques herpétiques ne sont le siége d'aucune sensation douloureuse, de quelque nature qu'elle soit; or cette immunité de douleur appartient, on se le rappelle, aux lésions de la syphilis.

La durée de l'évolution de cet herpès, au lieu d'être, comme dans l'herpès idiopathique, de un à deux ou trois septenaires au plus, est de un à deux ou trois mois; comme pour les autres lésions syphilitiques, on ne trouve dans cet herpès rien d'aigu, rien d'inflammatoire, pas d'accidents fébriles, prodromiques ou concomitants: tout a revêtu la forme chronique des lésions syphilitiques. Les poussées vésiculeuses sont successives, mais non interrompues par de longs intervalles, comme dans l'herpès successif dartreux; quand l'une est à sa période de déclin, l'autre commence, en sorte qu'on observe

à la fois, dans les divers groupes, la maladie à ses diverses périodes; la durée, toujours longue, puisqu'elle est de un à trois mois, de l'herpès syphilitique, est produite par l'éruption successive des groupes vésiculeux; mais cette éruption successive n'empêche pas que l'affection soit continue et sans intervalle dans ses manifestations, puisqu'elle se fait d'une manière continue et permanente.

Elle a été précédée d'autres manifestations syphilitiques plus précoces dans leur époque d'apparition; ainsi on aura observé une roséole, une syphilide papuleuse, des plaques muqueuses, avant l'apparition des lésions qui nous occupent; il y aura, comme phénomènes concomitants, un engorgement spécifique des ganglions cervicaux et inguinaux, et quelquefois d'autres manifestations syphilitiques cutanées : ainsi, des plaques muqueuses de la peau, une syphilide vésiculeuse eczémateuse, une syphilide acnéique, dont chaque pustule ou chaque vésicule sera entourée d'une auréole d'un rouge brun foncé et cuivré.

Lorsque les vésicules de la syphilide herpétiforme se sont terminées par l'exfoliation de leur feuillet épidermique, après que le liquide qu'elles contenaient a été résorbé, ou bien lorsque, après être devenues croûteuses, leurs croûtes se sont détachées, elles laissent après elles une coloration brunâtre, fixe, ne disparaissant pas sous la pression du doigt, et persistant pendant un temps souvent très-long, pendant plusieurs mois quelquefois. Cette coloration se retrouve après plusieurs autres dermatoses non syphilitiques, après l'eczéma, par exemple, après le prurigo; elle n'a donc aucun caractère syphilitique; elle est due à une hypersécrétion de la matière

pigmentaire de la peau ; hypersécrétion qui s'est faite sous l'influence de l'irritation sourde entretenue dans la peau par une lésion dont la durée a été prolongée.

Comme concomitance de la syphilide herpétiforme, notons encore des douleurs vagues, nocturnes, de la céphalée, des névralgies, des arthralgies, des douleurs périostiques, dont le caractère éminemment syphilitique sera un trait lumineux de plus en faveur de la nature syphilitique de l'herpès.

Généralement l'herpès syphilitique est disposé en groupes nombreux, répartis, disséminés sans ordre sur tout le corps, mais principalement sur le tronc, sur la poitrine, sur le ventre, sur le dos, sur la région lombaire ; et quand ces groupes ont disparu, ils ne laissent pour traces que la matière colorante dont nous avons parlé, et non pas des cicatrices. Cette absence de cicatrices s'explique par ce fait que les ulcérations du derme, recouvertes par les vésicules, étaient excessivement superficielles ; ce sont de simples excoriations qui, n'ayant entamé que le feuillet le plus superficiel du derme, n'y ont pas creusé une empreinte assez profonde pour y laisser une trace.

La syphilide herpétiforme fait partie d'un ordre d'accidents syphilitiques désignés avec beaucoup de raison, par M. Hardy, sous le nom *d'accidents intermédiaires.*

Dans l'évolution de la syphilis, elle se produit après les accidents cutanés précoces, c'est-à-dire après la roséole, après la syphilide papuleuse simple ou papulo-squammeuse. Elle apparaît en même temps que l'iritis syphilitique et le testicule syphilitique, c'est-à-dire en même temps que des lésions qui sont des phé-

nomènes de transition entre les accidents secondaires et les accidents tertiaires. Elle se développe avant les lésions ulcéreuses ou non ulcéreuses, *en groupes*, car elle appartient encore, par sa disposition, aux accidents disséminés. Mais déjà, par le fait de son existence, on peut prévoir que des lésions plus profondes et d'un ordre plus grave ne tarderont pas à se manifester. Son développement se fait le plus habituellement de six mois à un ou deux ans après l'accident primitif, c'est-à-dire le chancre infectant.

Herpès circiné parasitaire. — L'herpès, dans sa troisième forme chronique, est parasitaire ; il est symptomatique de l'existence du tricophyton; il constitue, avec l'érythème circiné parasitaire et le pityriasis alba-parasitaire, le premier degré de la teigne tonsurante, et précède l'éruption du sycosis parasitaire, ainsi que nous l'avons établi dans notre article **Sycosis**.

Lorsque l'herpès est parasitaire, il affecte la forme circinée. Mais déjà nous l'avons vu affecter cette même forme lorsqu'il constitue une fièvre éruptive herpétique. Nous avons dit en effet que l'herpès, dans sa forme *zona*, dans sa forme appelée *phlycténoïde disséminée* et dans sa forme *circinée*, doit être regardé comme un pseudo-exanthème, ou comme une affection éruptive, fébrile, essentielle, idiopathique. Comment donc distinguer l'herpès circiné idiopathique de l'herpès circiné parasitaire? M. Bazin va nous l'indiquer avec une remarquable précision :

« L'herpès circiné parasitaire, nous dit ce maître, se distingue de l'herpès circiné arthritique par les caractères suivants : il affecte un siége particulier, le

plus souvent la face, et spécialement les parties abondamment pourvues de poils; de là il est transmis sur le reste du corps, notamment sur le dos des mains; très-rarement il siége sur le tronc. Le contraire a lieu pour l'herpès circiné arthritique. Le premier apparaît en tout temps, et reconnaît pour causes la contagion par le rasoir, ou le contact d'individus qui en sont déjà atteints; le second apparaît au printemps, et n'est pas contagieux. Dans l'herpès parasitaire, à côté de cercles complets, se trouvent ordinairement des arcs de cercles plus ou moins étendus, et dans leur intérieur des cercles ou des arcs de cercles concentriques nettement séparés les uns des autres; les vésicules sont plus petites, moins persistantes; les squames sont plus fines, plus argentées, recouvrent et engainent la base des poils; ces différents éléments, réunis ensemble à la circonférence, forment comme une sorte de bourrelet centrifuge qui tend sans cesse à s'accroître; et ils s'accompagnent, à un moment donné, de sycosis; enfin la marche de l'affection est essentiellement chronique. Dans l'herpès circiné arthritique, chaque plaque est formée par un cercle unique, offrant régulièrement et uniformément de dehors en dedans une zone érythémateuse, une zone vésiculaire, une zone squammeuse; les vésicules sont plus volumineuses et plus apparentes; elles ont plus de durée; les squames sont plus étendues, grisâtres, plus humides et plus adhérentes; elles ne siégent nullement sur la base des poils; jamais ces éléments ne s'accompagnent de sycosis; enfin la marche de cette affection est essentiellement aiguë et se termine par la guérison spontanée. »

Nous n'avons rien à changer à ce tableau compa-

ratif de l'herpès circiné aigu, idiopathique, et de l'herpès circiné chronique, parasitaire, excepté toutefois la qualification d'herpès circiné *arthritique* que nous effaçons pour la remplacer, ainsi que nous l'avons déjà dit, par celle d'herpès circiné *idiopathique*.

Ainsi donc l'herpès revêt trois formes chroniques, aussi différentes par leur configuration, par leur évolution et leur aspect que par leur nature : dans l'une, il est successif, interrompu, intermittent, localisé dans son développement, c'est l'herpès *dartreux;* dans l'autre, il est sans discontinuité et généralisé, c'est l'herpès *syphilitique;* dans la troisième, il est circiné, c'est l'herpès *parasitaire*.

L'herpès est-il encore symptomatique de la scrofule? En d'autres termes, y a-t-il un herpès scrofuleux? —Non; aucun dermatologiste n'a soutenu cette opinion, pas même Bazin. Le professeur Hébra, qui n'admet pas, et avec raison, que l'eczéma puisse être symptomatique de la scrofule, admet encore moins un herpès scrofuleux.

IV. DIAGNOSTIC DE L'HERPÈS.

Le diagnostic de l'herpès, comme *genre*, comme affection générique, ne présente pas de difficulté, car les caractères de cette affection sont tellement tranchés qu'il n'est pas possible de les méconnaître :

Vésicules volumineuses, arrondies, larges de base et de sommet, persistantes, réunies en groupes sur une surface érythémateuse, nettement délimitée, ne donnant pas lieu à une exhalation humide, se recouvrant de croûtes jaunes, noirâtres, épaisses, et ne laissant après elles aucune cicatrice durable.

Dans l'*eczéma*, les vésicules sont bien réunies sur une surface érythémateuse; mais elles sont petites, granuleuses, pointues, à peine visibles, fugaces, et laissent après elles des surfaces excoriées et suintantes qui se recouvrent de croûtes foliacées, lamelleuses, blanchâtres, et tellement minces que M. Bazin les appelle des *croûtelles*.

Dans la *miliaire*, les vésicules ressemblent, suivant la gracieuse comparaison du professeur Hébra, *à des gouttes de rosée ;* elles sont éparses, disséminées, isolées sur un fond érythémateux ; elles se terminent par une simple exfoliation épidermique, le liquide qu'elles contenaient ayant été résorbé ou s'étant évaporé après leur rupture.

Dans le *pemphigus aigu à petites bulles*, désigné aussi par M. Bazin sous le nom *d'hydroa bulleux*, et décrit sous le nom de *fièvre pemphigoïde* ou *fièvre bulleuse* par Biett, Alibert, Rayer et Devergie, la lésion primitive est une bulle et non une vésicule; ces bulles, si petites qu'elles soient, ont toujours plus de volume que les vésicules de l'herpès; elles contiennent une quantité de liquide plus considérable, qui est déversé au dehors, où il se concrète sous forme d'une croûte jaunâtre, lamelleuse; le plus souvent les bulles sont isolées, au lieu d'être groupées sur une même surface, comme le sont les vésicules de l'herpès; du reste, le pemphigus aigu, à petites bulles, n'est point admis, comme entité morbide, par tous les dermatologistes, Hébra le nie formellement. Voici comment s'exprime à son sujet le professeur de Vienne :

« On lit fréquemment dans les traités des maladies de la peau, ainsi que dans des journaux de médecine,

des descriptions d'une affection appelée *pemphigus aigu* qui parcourt, dit-on, des périodes régulières, comme les exanthèmes, se termine au plus tard en quatre semaines et n'a aucune tendance à la récidive. Je n'ai jamais été assez heureux pour rencontrer un pemphigus présentant ces caractères..... Je n'ai pas encore observé un seul cas de pemphigus typique aigu ayant une marche semblable à celle des exanthèmes. »

C'est ainsi que s'exprime Hébra sur le pemphigus aigu : malgré la grande autorité si légitimement acquise au nom du professeur de Vienne, nous déclarons avoir observé à l'hôpital Saint-Louis des cas de pemphigus aigu, précédés de symptômes fébriles prodromiques, et accompagnés dans le cours de leur évolution, qui a été de trois ou quatre semaines, de troubles généraux de la santé. Dans ce moment-ci même, nous traitons un de ces cas en ville : le malade est un jeune homme de vingt à vingt-deux ans, né à Bruxelles, à Paris depuis une quinzaine de jours seulement. Il s'y est fatigué, et il y a six jours environ il fut pris de courbature, d'anorexie, de douleurs lombaires, de frissons, de fièvre ; il eut un ou deux saignements de nez ; il ressentit sur ses deux jambes des cuissons assez intenses, et aux endroits où il ressentait ces cuissons il vit s'élever des bulles. C'est alors que nous fûmes appelé pour le soigner (hôtel de Flandre, rue Notre-Dame-des-Victoires). Nous le trouvâmes alité, la peau chaude, le pouls à 80-90 pulsations, la langue saburrale, avec un grand sentiment de fatigue et de faiblesse ; et nous vîmes, sur ses deux jambes, une douzaine de bulles de pemphigus, du volume d'un haricot à celui d'une

noisette, contenant un liquide clair et parfaitement transparent.

Nous soutenons donc, avec les auteurs que nous avons cités plus haut, et malgré l'avis contraire et les dénégations formelles d'Hébra, qu'il existe *un pemphigus aigu fébrile ou fièvre pemphigoïde*, qu'il ne faut pas confondre avec l'herpès, et qui s'en distingue par les caractères ci-dessus énoncés.

Vous ne confondrez pas non plus avec l'herpès la *varicelle*. Dans la varicelle, en effet, les vésicules sont toujours isolées, elles ne forment jamais de groupes, et chaque vésicule, parfaitement séparée des vésicules voisines, est entourée d'une auréole érythémateuse.

Telles sont les affections qui ont, avec l'herpès, quelques points de ressemblance.

Vous voyez cependant qu'elles s'en distinguent par des caractères assez tranchés pour que vous ne puissiez pas les confondre; j'avais donc raison de vous dire que le diagnostic de l'herpès, au point de vue du genre, ou *comme affection générique*, n'offre pas de difficulté.

Mais vous aurez à faire un autre diagnostic, celui de *la nature* de l'herpès : ainsi, un herpès étant donné, quel est cet herpès? Que vaut-il comme affection? Est-ce un herpès de cause externe? Est-ce un herpès de cause interne, idiopathique? Est-ce un herpès critique? Est-ce un herpès syphilitique? dartreux? parasitaire?

Voilà certes des questions de diagnostic bien indispensables à résoudre, et sans la solution desquelles il n'y a ni pronostic ni traitement possibles. Voyons donc comment vous pourrez établir le diagnostic de *la nature* de l'herpès.

Vous direz qu'un herpès sera *de cause locale ou externe :* 1° lorsque vous pourrez constater la cause sous l'influence de laquelle il se sera développé ; 2° lorsqu'il n'existera pas en dehors de la région soumise à l'action de cette cause ; 3° lorsqu'il n'aura pas été précédé et qu'il ne sera pas accompagné d'accidents, ou troubles généraux fébriles ; 4° lorsque sa durée ne s'étendra pas au delà de l'évolution de la poussée qui se sera produite ; 5° lorsque cette poussée ne présentera, ni dans sa configuration, ni dans sa coloration, ni dans sa manière d'être, des caractères appartenant à une diathèse, ou à un état de trouble interne fébrile.

Vous reconnaîtrez au contraire que l'herpès sera *de cause interne, idiopathique*, et constituera *une fièvre herpétique :* 1° lorsqu'il aura été précédé d'accidents ou troubles généraux prodromiques ; 2° lorsque ces troubles généraux diminués d'intensité, au moment de son apparition, ne pourront être expliqués que par le fait de son existence ; 3° lorsqu'il affectera la forme zona, la forme circinée aiguë, ou la forme dite phlycténoïde dissiminée ; 4° lorsque sa durée ne dépassera pas deux, trois, ou quatre septénaires au plus.

Vous déclarerez que l'herpès sera *critique*, lorsque vous le verrez survenir, autour de la bouche principalement, dans le cours d'une maladie préexistante, et lorsque son apparition coïncidera avec la période de déclin de cette maladie, et une amélioration notable et progressive dans l'état du malade.

Vous reconnaîtrez le caractère *dartreux* de l'herpès, lorsqu'il affectera la forme chronique, qu'il sera successif, qu'il se perpétuera pendant une longue durée ou qu'il récidivera avec plus ou moins d'opiniâtreté, en l'absence

de toute cause locale qui pourrait expliquer son développement et entretenir son existence.

L'herpès sera *syphilitique*, lorsqu'il aura la forme chronique, qu'il sera apyrétique, lorsque ses vésicules seront groupées sur des surfaces d'une coloration d'un rouge foncé, brunâtre et cuivré, lorsqu'elles seront entourées, comme d'une auréole, de cette même coloration; lorsqu'elles se reproduiront par poussées successives et non interrompues, et lorsqu'elles auront été précédées ou qu'elles seront accompagnées d'autres accidents syphilitiques.

Enfin vous reconnaîtrez l'herpès *parasitaire* à sa disposition circinée, à sa forme chronique, à la petitesse de ses vésicules, à ses squames fines et pulvérulentes, entourant comme d'une gaîne la racine des poils, à son existence sur des régions velues, à son caractère inoculable et contagieux, à ses complications sycosiques, etc.

V. PRONOSTIC DE L'HERPÈS.

Le pronostic de l'herpès ne sera jamais grave en lui-même et comme affection générique, les lésions qui le constituent n'ayant aucun caractère sérieux. Vous devrez cependant modifier votre pronostic suivant la nature et suivant la forme de l'herpès.

Le pronostic de l'herpès *de cause externe* sera toujours léger; l'affection finira d'elle-même par le seul fait de la suppression de la cause qui l'a produite.

Le pronostic de l'herpès *idiopathique*, *de cause interne*, sera un peu plus sérieux, en raison même de l'état général fébrile sous l'influence duquel l'herpès se sera déclaré; en raison aussi des surfaces plus vastes envahies

par les poussées herpétiques, comme dans le zona, par exemple, et des complications qui peuvent survenir.

Le pronostic de l'herpès *critique* est toujours très-favorable; les plaques herpétiques guérissent d'elles-mêmes et très-rapidement à mesure que la maladie, dont elles annoncent le déclin, marche vers la guérison.

Le pronostic de l'herpès *dartreux* n'a pas d'autre gravité que celle qui s'attache à une affection diathésique, dont la durée est longue, et sujette à des récidives.

Le pronostic de l'herpès *syphilitique* est plus sérieux : d'abord les manifestations herpétiques de la syphilis sont nombreuses, disséminées, généralisées; leur durée est longue, de un à deux ou trois mois, puisqu'elles se perpétuent par des poussées successives et continues. On peut toujours craindre que, sous des influences fâcheuses, les lésions anatomiques qui les constituent ne prennent un caractère plus grave, qu'elles ne deviennent ulcéreuses : n'oublions pas que l'herpès syphilitique indique un état syphilitique ancien, voisin des accidents tertiaires, et qu'il n'en faut pas davantage pour qu'il nous inspire de légitimes appréhensions.

Enfin le pronostic de l'herpès circiné *parasitaire* n'a d'autre gravité que celui qui s'attacherait à une affection parasitaire tricophytique, si elle était méconnue ou mal soignée; elle pourrait alors en effet être suivie de sycosis, entraîner la perte des poils de la barbe, et détruire les cheveux par de larges et vastes tonsures qui pourraient finir par dénuder complétement le cuir chevelu. Mais lorsqu'il est convenablement traité, l'herpès circiné parasitaire guérit promptement, sans laisser de trace, et, par conséquent, il n'est pas grave.

VI. TRAITEMENT DE L'HERPÈS.

Le traitement de l'herpès variera suivant ses différentes natures : tantôt il consistera exclusivement en moyens locaux, externes, s'adressant à la lésion anatomique qui constitue l'affection; tantôt au contraire il s'attachera à combattre la cause sous l'influence de laquelle l'herpès s'est développé, et dont il est la manifestation. Toutes les fois que l'herpès ne relève d'aucune cause interne, profonde, inhérente à la constitution du malade, ou même accidentelle, le traitement local est seul indiqué. Mais si l'herpès est la conséquence d'un état diathésique, ou seulement de quelques troubles survenus dans l'économie, par suite d'influences extérieures, de la saison par exemple, alors il faudra de toute nécessité instituer un traitement général, en harmonie avec les divers états pathologiques auxquels il s'agit de remédier.

L'herpès de cause externe, celui qui résulte d'un contact irritant ou malfaisant quelconque, n'a besoin d'aucun traitement interne; souvent même un traitement externe est inutile. Ainsi en est-il de l'herpès labialis, dont il faut se borner à ménager soigneusement les vésicules et les croûtes, afin de ne pas produire un surcroît d'inflammation. Contentez-vous de respecter les vésicules, et quand les croûtes se sont formées, respectez-les aussi; elles sont un organe de protection pour le travail cicatriciel qui s'opère à leur abri.

Mais si l'herpès siége aux parties génitales (herpès præputialis, herpès vulvaris), en raison de ce siége, il se présente, ainsi que nous l'avons expliqué, sous forme

d'ulcérations superficielles qui deviennent très-douloureuses aux moindres contacts, aux moindres frottements. Ainsi en est-il surtout de l'herpès vulvaris chez les femmes grasses, leucorrhéiques, à la suite de fatigues, de marches prolongées, ou de l'écoulement menstruel. En pareil cas, le traitement consiste à prescrire la position horizontale, l'immobilité absolue, de manière à tenir les parties malades éloignées les unes des autres, sans aucun contact, sans aucun frottement; de plus, on les couvrira de poudre d'amidon ou de cataplasme de fécule de pommes de terre, ou de compresses imbibées d'eau émolliente. Sous l'influence de ces moyens, les ulcérations herpétiques cessent d'être douloureuses, et se cicatrisent dans l'espace de quatre à six jours, sans laisser aucune trace.

L'herpès critique, qui siége le plus souvent au pourtour de la bouche, ne demande aucun traitement ni local ni général.

L'herpès idiopathique de cause interne, précédé et accompagné d'accidents généraux, doit être soigné comme nous l'avons dit en parlant du zona. Qu'il se manifeste sous la forme d'un zona, ou d'un herpès phlycténoïde disséminé, ou d'un herpès circiné aigu, c'est toujours la même maladie, la même fièvre éruptive, la même pyrexie, qui demande à être soignée comme nous l'avons indiqué à propos du zona.

L'herpès dartreux chronique, successif, siégeant habituellement aux parties génitales, dans la rainure du gland, sur la face interne du prépuce, ou à la vulve, ne se présente par cela même que sous forme d'ulcérations, qu'il faudra entourer des soins indiqués plus haut; de plus, le traitement interne, antidartreux, par l'arsenic, ne devra pas être négligé. Le malade devra prendre deux

pilules arsenicales à chacun des trois repas, ou bien une cuillerée à soupe de la solution arsenicale suivante :

Arséniate de soude.	10 milligrammes.
Eau distillée.	500 grammes.

La formule des pilules que je prescris est la suivante :

Extrait de gentiane.	10 centigrammes.
Arséniate de soude.	1 milligramme.

Mêlez pour chaque pilule.

On prendra six de ces pilules par jour, deux à chacun des trois repas. Ces deux préparations arsénicales peuvent être prises indistinctement ou alternativement. Elles sont d'un usage facile, et nullement dangereux, aux doses que j'indique. Ces doses peuvent être augmentées ; on peut aller jusqu'à douze pilules par jour (quatre à chacun des trois repas). On peut prendre jusqu'à six cuillerées de la solution par jour (deux à chaque repas).

L'herpès syphilitique, étant dissiminé habituellement sur une grande étendue du corps, ne comportera d'autre traitement local que l'obligation où vous serez de respecter, de ménager ses vésicules avec le plus grand soin. Avec la syphilis, respectez toujours les lésions produites, ne les irritez pas, de peur qu'elles ne dégénèrent en lésions d'un caractère plus grave. Vous aurez donc à faire un traitement exclusivement antisyphilitique. Comme la syphilide herpétiforme confine aux accidents tertiaires, le protoiodure de mercure est quelquefois insuffisant, et alors il faut lui adjoindre l'iodure de

potassium. Commencez cependant par ne donner chaque jour qu'une pilule ainsi composée :

Protoiodure d'hydrargyre.	0,03.
Extrait de gentiane.	0,10.
Extrait d'opium	0,01.

Mêlez pour chaque pilule.

Si cette préparation mercurielle est manifestement insuffisante, ajoutez-y l'iodure de potassium, à la dose de 1 gramme par jour, ou bien donnez tous les jours deux grandes cuillerées de sirop de Gibert, composé de biiodure de mercure et d'iodure de potassium. Vous verrez ainsi les accidents cutanés diminuer, s'éteindre progressivement, mais toujours lentement, et ne disparaître qu'après deux ou trois mois.

Contre l'herpès circiné parasitaire, vous emploierez un traitement exclusivement local et parasitaire : le champignon n'ayant pas encore pénétré jusque dans le bulbe pilifère, et étant encore sous-épidermique, l'épilation est inutile. Contentez-vous de frictionner les parties malades deux ou trois fois par jour avec l'une des pommades suivantes :

Axonge fraîche	30 grammes.
Turbith minéral.	1 gramme.

Mêlez.

Ou bien avec cette autre :

Axonge fraîche.	30 grammes.
Fleur de soufre.	8 grammes.
Camphre.	8 grammes.

Mêlez.

Ou bien badigeonnez-les plusieurs fois par jour avec la teinture d'iode pure.

Ou avec une solution de sublimé ainsi composée :

Sublimé.	1 gramme.
Eau alcoolisée.	120 grammes.

Mettre une cuillerée à café de cette solution dans un quart de verre d'eau froide et frictionner les parties malades avec une brosse de blaireau ou un pinceau imbibés du mélange. L'un ou l'autre de ces moyens suffira toujours pour détruire le tricophyton, et par conséquent guérir les plaques d'herpès circiné.

Telles sont, Messieurs, les diverses médications curatives de l'herpès, suivant ses différentes formes et ses différentes natures.

VINGT-SIXIÈME LEÇON

Miliaire.

Messieurs,

Je vous ai dit, dans une de mes premières leçons que la *vésicule* est un soulèvement épidermique peu considérable, du volume d'une petite tête d'épingle à celui d'une lentille, formé par de la sérosité tantôt claire et transparente, tantôt louche, opaline et puriforme, laquelle peut être résorbée sur place par un travail d'intussusception, avant l'ouverture de la vésicule, ou déversée au dehors, comme une exhalation, comme une sécrétion, qui se prolongent quelquefois bien au delà de la durée de la vésicule ; ou bien encore concrétée et solidifiée sous forme d'une croûte de couleur, d'aspect, d'épaisseur et de consistance variables. Je vous ai dit que la *vésicule* est une des lésions élémentaires, ou lésions anatomiques primitives des maladies de la peau, qu'elle constitue une *espèce*, et que cette espèce, d'après les divers caractères sous lesquels elle peut se présenter, c'est-à-dire d'après ses variétés de développement, de forme, de disposition, de durée,

de terminaison, constitue à son tour plusieurs *genres*, ou affections cutanées différentes, reconnaissant tous pour origine la même lésion anatomique, mère ou primitive, la vésicule.

Or la miliaire est un de ces genres ou une de ces affections.

On désigne sous le nom de *miliaire* une affection de la peau caractérisée, à sa période d'état, par des vésicules petites, arrondies, en forme de grains de millet, habituellement très-nombreuses, se développant sur de vastes et larges surfaces, d'un rouge érythémateux, contenant un liquide séreux, d'abord clair, transparent, à travers lequel on aperçoit la rougeur du derme sous-jacent, devenant ensuite louche et puriforme, et finissant par être résorbé sur place, après quoi les parois vésiculeuses se détachent, en manière d'exfoliation furfuracée, sans laisser jamais de cicatrices.

Pour mettre de l'ordre dans cette étude, envisageons la miliaire : 1° au point de vue de ses lésions anatomiques, des diverses phases de son développement et de ses symptômes; 2° au point de vue de sa nature et de ses causes; 3° au point de vue de son diagnostic; 4° de son pronostic; 5° de son traitement.

I. LÉSIONS ANATOMIQUES, DÉVELOPPEMENT ET SYMPTOMES DE LA MILIAIRE.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la lésion anatomique pathognomonique de la miliaire est la vésicule. Cette vésicule, caractéristique de la miliaire, est ronde, globuleuse, transparente d'abord, alors qu'elle contient une sérosité claire et limpide; mais, au

bout de vingt-quatre à trente-six heures, cette sérosité primitive, translucide, devient opaque, louche, puriforme, et alors la vésicule perd sa transparence, et devient aussi opaque et d'un gris jaunâtre. Dans l'immense majorité des cas, le liquide contenu dans la vésicule n'est point extravasé, il est résorbé en vertu d'un travail d'absorption, d'intussusception, qui s'opère à la surface de la partie du derme malade. La vésicule de la miliaire reste donc intacte, tant qu'elle contient du liquide, mais quand ce liquide a été résorbé, alors la vésicule se rompt; ses parois, formées par un feuillet épidermique mince, blanchâtre, se déchirent, se détachent et tombent en petites lamelles furfuracées, c'est-à-dire semblables à du son; il y a là ce que l'on appelle une desquamation ou exfoliation furfuracée; et quand les vésicules, ainsi brisées et exfoliées, ont disparu, il ne reste, à la place qu'elles occupaient, aucune trace de leur existence, aucune cicatrice.

Les vésicules de la miliaire sont en général toujours très-nombreuses; comme toutes les affections cutanées, à sécrétion humide, leur siége de prédilection est à la partie antérieure du tronc, sur la poitrine, sous les aisselles, sur les régions latérales thoraciques, sur le ventre, dans les plis génito-cruraux, à la face interne des cuisses, au pli du coude, partout où la peau est mince, fine et sudorale; elles sont éparpillées, disséminées sans aucun ordre, et discrètes; cependant, dans les endroits où la peau a le plus de ténuité, comme dans les plis génito-cruraux, sur la verge, sur les bourses, il arrive souvent que la pellicule épidermique dont est formée la vésicule est tellement mince qu'elle se rompt, de manière à laisser communiquer plusieurs

vésicules entre elles; il semble alors que l'on ait affaire à de véritables bulles; mais ces soulèvements épidermiques assez considérables, en effet, pour ressembler à des *bulles*, ne sont en réalité que le résultat de la réunion d'un nombre plus ou moins grand de vésicules dont les cloisons se sont rompues, de telle sorte que le liquide qu'elles contenaient isolément, faisant invasion dans les vésicules voisines, forme une collection ou une nappe, au lieu de rester, comme primitivement, divisé en une multitude de gouttelettes aussi nombreuses que les vésicules elles-mêmes.

Les vésicules, telles que je viens de vous les décrire, se développent sur un fond d'un rouge érythémateux; c'est une teinte d'un rouge clair, et plutôt rose que rouge, disparaissant à la pression du doigt, et se reproduisant immédiatement après. Cette coloration est disposée en très-larges plaques, en surfaces étendues, recouvrant souvent d'une teinte uniforme toute une région du corps : ainsi, toute la partie antérieure du tronc; et c'est sur cette surface que l'on voit perler, comme des grains de millet, les vésicules, dont la couleur blanche tranche sur le fond rouge qui les supporte.

Telles sont les lésions anatomiques par lesquelles se caractérise la miliaire.

Voici comment Hébra la décrit :

« Il n'existe aucune affection vésiculeuse, dit le professeur de Vienne, dans laquelle la ressemblance des vésicules avec les gouttes de rosée soit aussi prononcée que dans la miliaire; le liquide qu'elles renferment ne devient jamais jaune ni purulent, et ne se dessèche pas non plus en croûtes jaunes ou brunâtres. En effet, ces vésicules ne sont passibles que de quelques légers

changements; elles ne se réunissent pas les unes aux autres, mais restent toujours isolées; elles ne sont pas disposées en groupes; leur base n'est jamais rouge, et elles ne sont jamais entourées par un bord ou une auréole de cette couleur. En outre, les parties qui ont été une fois le siége de cette affection, ne sont pas exposées à être de nouveau envahies par elle. Enfin la miliaire n'est accompagnée d'aucune sensation subjective de démangeaison ou de picotement. »

Nous avons cru devoir reproduire textuellement cette description, bien que nous la trouvions inexacte en quelques points.

Voyons maintenant quel est l'ordre de développement, et quelle est la durée de la lésion anatomique de la miliaire.

On peut reconnaître à la miliaire quatre périodes : 1° *une période prodromique ; 2° une période érythémateuse ; 3° une période vésiculeuse ; 4° une période de desquamation.*

La période prodromique n'est pas constante ; nous verrons plus bas qu'elle manque souvent ; je vous dirai dans quels cas elle fait défaut. Lorsqu'elle existe, elle consiste en accidents généraux, toujours assez légers : courbature, inappétence, voies digestives saburrales, un peu de fièvre. Cet état de malaise vague, mal défini, dure habituellement de vingt-quatre à trente-six heures; il peut commencer par un frisson qui survient inopinément. L'apparition de la teinte rouge de la peau se produit, et alors commence la deuxième période ou période érythémateuse, dont la durée est encore de vingt-quatre à trente-six heures; pendant toute cette seconde période, les accidents généraux, quand ils existent, sub-

sistent avec une intensité égale, mais s'ils ont manqué comme *prodromes*, ils manquent aussi comme *accidents concomitants symptomatiques ou réactionnels;* en d'autres termes, la teinte érythémateuse peut se produire sans que la santé générale soit aucunement troublée. Mais si les accidents généraux peuvent manquer, il y a des symptômes locaux constants; c'est une sensation de chaleur, de cuisson, de tension, ressentie par le malade, avec de la démangeaison et un besoin de se gratter; cette sensation de chaleur est perçue par la main, et vous pourrez apprécier ainsi l'élévation de la température au niveau des plaques rubéfiées.

L'apparition des vésicules constitue la troisième période. L'éruption se fait de deux manières différentes: tantôt elle se produit d'un seul coup, en une seule fois, en une seule poussée; on voit alors les vésicules poindre et se développer en même temps sur toute l'étendue des surfaces rubéfiées; nées ensemble, elles se développent ensemble, arrivent ensemble à leur période d'état, se terminent et disparaissent ensemble, après une durée de deux ou trois, et quelquefois quatre jours, ce qui donne à toute la maladie une durée totale de sept ou huit jours. Mais il n'en est pas toujours ainsi : la poussée vésiculeuse peut se produire en plusieurs fois; il peut y avoir plusieurs poussées successives; la maladie, au lieu de suivre, comme dans le premier cas, une marche aiguë, suit une marche chronique; des poussées successives, en se répétant, la prolongent, et sa durée peut être alors de quatre à huit septénaires.

La quatrième et dernière période est représentée anatomiquement par une desquamation furfuracée. Dans

la période précédente, les vésicules avaient été d'abord translucides, le liquide qu'elles contenaient était parfaitement clair; puis elles étaient devenues opaques, le liquide devenait lui-même louche et opalin. Dans la quatrième période d'absorption et de desquamation, ce liquide est résorbé, très-rarement il est déversé au dehors; le plus habituellement il est absorbé par les parties dénudées du derme, et alors les vésicules, restées vides, se flétrissent, s'aplatissent, se rompent, et leurs parois se détachent, sous forme de lamelles épidermiques, minces, foliacées, très-ténues, très-petites, semblables à du son; elles ne laissent après elles aucune cicatrice, rien absolument qui soit l'indice de leur existence.

Il arrive quelquefois, si le malade est herpétique, comme celui que vous avez sous les yeux et dont je vais tout à l'heure vous exposer l'observation, que la miliaire, par l'irritation qu'elle a déterminée sur la peau, par le molimen inflammatoire qu'elle y a produit, devient la cause occasionnelle d'une manifestation morbide dartreuse, d'un eczéma, par exemple. Ce fait n'est point particulier à la miliaire, vous le voyez se produire dans presque toutes les affections cutanées, herpétiques ou parasitaires.; il ne fait point partie intégrante de son histoire; il peut être seulement une de ses suites, une de ses complications, et à ce titre je devais vous le signaler.

Vous connaissez maintenant la miliaire, mais sous une de ses faces seulement. Je ne vous l'ai montrée encore que sous son côté matériel; je vous ai fait voir seulement ce qui la caractérise anatomo-pathologiquement, quelles sont ses lésions pathognomiques, quel est

leur mode de développement, et quelles sont les diverses phases de leur évolution. Il faut maintenant pénétrer plus profondément dans le cœur de notre sujet, et nous demander ce qu'est la miliaire comme maladie, quelle est sa valeur comme entité morbide, en d'autres termes, quelle est son étiologie, quelle est sa nature.

II. NATURE ET CAUSES DE LA MILIAIRE.

Tantôt la miliaire est de *cause externe*, et tantôt de *cause interne*. Lorsqu'elle est de *cause externe*, elle résulte d'une irritation locale; elle est la conséquence d'une excitation venant du dehors, agissant sur la peau, l'enflammant, et faisant naître la miliaire, comme expression de l'inflammation produite; or, parmi ces causes externes, il n'y en a pas de plus actives et de plus fréquentes que certaines applications, certains topiques dont l'usage pourtant est journalier; citons, au premier rang, les frictions ou onctions avec l'onguent napolitain, qui très-souvent donnent lieu à une poussée de miliaire, sur la région où elles ont été employées; citons encore les cataplasmes de farine de graine de lin, qui ont trop souvent aussi le même inçonvénient. En principe, il n'y a rien de plus émollient, de plus mucilagineux que la farine de graine de lin; en fait, il y a peu de topiques dont il faille se défier davantage, en raison de la facilité avec laquelle elle subit la fermentation acide. Sous l'influence de cette fermentation qui se produit très-rapidement, au lieu d'être adoucissante, elle devient irritante; au lieu de constituer pour les parties qu'elle recouvre une atmosphère émolliente, antiphlogistique, elle est pour elles une cause d'inflammation. C'est ainsi

que très-souvent vous verrez des cataplasmes de farine de lin, en contact avec une peau fine, impressionnable et très-susceptible, y déterminer des poussées de miliaire. Prescrivez donc ces cataplasmes avec réserve, surtout chez les femmes, et en particulier dans les régions où la peau a le plus de finesse, comme sur les seins, sur le bas-ventre, sur la partie interne et supérieure des cuisses. Donnez la préférence aux cataplasmes de fécule de pommes de terre, avec lesquels vous n'avez pas à craindre les mêmes inconvénients, parce qu'ils ne subissent pas, avec la même promptitude et la même intensité, la fermentation acide. Quand la miliaire résulte ainsi d'une cause externe, l'éruption se produit sans phénomènes généraux ni prodromiques ni concomitants. La santé générale, qui reste absolument étrangère à la production de l'affection cutanée ne subit de sa part aucune atteinte; elle n'est aucunement troublée. De plus, l'éruption a lieu principalement, sinon exclusivement, sur les seules parties qui ont subi l'action de la cause irritante.

Les cataplasmes de farine de lin, l'onguent napolitain, ne sont pas les seuls topiques dont l'action détermine la miliaire; tout ce qui est susceptible d'exciter, d'irriter, d'enflammer la peau à un faible degré, peut produire le même résultat; ainsi en est-il de toutes les pommades sulfureuses, alcalines, iodées, camphrées, des bains contenant en solution les mêmes principes ou des principes analogues. Il faut que vous sachiez bien tout cela, afin de calculer toutes les conséquences possibles de vos prescriptions, afin même de les faire pressentir aux malades, et de leur montrer ainsi que vous avez su tout prévoir, même les inconvénients de vos ordonnan-

ces, qui, si elles peuvent être fâcheuses à certains points de vue, ont, en revanche, de précieuses compensations.

La miliaire peut être et est souvent, en effet, la conséquence d'une cause interne; elle existe alors en vertu d'une disposition spéciale de l'économie; elle constitue une pyrexie, une fièvre essentielle; il y a une fièvre miliaire (*miliaria febrilis*, *miliaria rubra*), tout comme il y a une fièvre ortiée, une fièvre herpétique, une fièvre ecthymateuse. C'est lorsque la miliaire constitue ainsi une fièvre éruptive qu'elle est précédée de prodromes et accompagnée d'accidents généraux dont le retentissement s'opère sur les centres nerveux circulatoires et sur l'appareil digestif; c'est dans ce cas que l'éruption est généralisée. La fièvre miliaire dure habituellement de sept à dix jours, et sa terminaison constante est la guérison.

Quelquefois, l'éruption miliaire est le symptôme d'une maladie épidémique très-grave que l'on appelle la *suette;* nous ne faisons que mentionner ici ce fait pathologique, sur lequel nous n'avons point à insister davantage dans ce chapitre.

Nous avons vu que la miliaire est parfois le résultat d'une cause interne : elle est dans ce cas un *pseudo-exanthème bénin*, comme l'appelle M. Bazin. Mais la miliaire existe-t-elle encore à d'autres titres? Y a-t-il, par exemple, une miliaire *critique*, c'est-à-dire une miliaire spontanée, sans aucune cause venant du dehors, et pouvant être considérée comme le résultat d'un effort salutaire opéré par la nature pour l'expulsion et l'élimination d'un principe morbide plus grave? Il y a, vous le savez, des affections, des troubles généraux ou des troubles fonctionnels partiels qui ne sont que des crises,

et dont l'apparition est le signal de la guérison d'une maladie plus sérieuse, préexistante; il y a des sueurs critiques, des diarrhées critiques, des hémorroïdes critiques, etc.

Un grand nombre de maladies de la peau peuvent et doivent être considérées quelquefois, dans leur épanouissement, comme des accidents très-heureux pour la santé générale, en d'autres termes, comme des crises salutaires. C'est ainsi que vous verrez souvent des bronchites opiniâtres, des troubles dyspeptiques, des phénomènes congestifs graves du côté des centres nerveux, se terminer brusquement, d'eux-mêmes et comme par enchantement, en même temps que se produit une poussée de psoriasis, d'eczéma, de lichen. En est-il de même de la miliaire? Cette thèse pourrait être soutenue, car vous verrez quelquefois une éruption miliaire coïncider avec le déclin d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une fièvre typhoïde, d'une pneumonie, d'une inflammation intestinale, d'une péritonite. Or, dans ces cas, on pourrait dire que la miliaire a été critique, et les bonnes raisons ne manqueraient pas pour soutenir cette opinion. Mais, d'un autre côté, on pourrait dire aussi que dans tous ces cas il y a eu des sueurs abondantes, longtemps continuées, profuses; que ces sueurs ont entretenu dans la peau une vitalité exagérée, excessive, voisine de l'inflammation; que d'autre part ces sueurs, par leur séjour sur la peau, ont été pour elle une cause directe d'irritation, laquelle irritation s'est traduite par une miliaire. En sorte que si, dans certains cas, la miliaire peut être envisagée comme une affection critique, on trouve dans ces mêmes cas des motifs non moins plausibles pour lui attribuer une tout autre raison

d'être, et la considérer comme étant la conséquence de la diaphorèse.

Nous ne serons donc pas plus affirmatif qu'il ne convient sur la question de savoir s'il existe, oui ou non, une miliaire critique; nous posons la question, mais nous ne la tranchons pas, et nous résumons ce paragraphe en disant que la miliaire est *tantôt le résultat d'une cause locale et venant du dehors; que tantôt, au contraire, elle constitue une véritable fièvre éruptive.*

III. DIAGNOSTIC DE LA MILIAIRE.

Nous avons à faire un double diagnostic : 1° celui du *genre*, c'est-à-dire de l'affection elle-même; 2° celui de la nature de cette affection, c'est-à-dire qu'il nous faudra déterminer si dans tel cas la miliaire *est de cause externe*, si dans tel autre *elle procède au contraire d'une cause interne.*

Diagnostic du genre. — Rappelons en peu de mots les caractères anatomo-pathologiques de la miliaire. Vésicules petites, du volume d'une petite tête d'épingle, discrètes, arrondies, ressemblant à des grains de millet, contenant un liquide d'abord transparent, devenant ensuite louche et opalin, disséminées sans ordre, en très-grand nombre, sur de vastes surfaces érythémateuses qui ont précédé leur apparition, ayant une durée de trois à quatre jours, se terminant, après la résorption du liquide qu'elles contenaient, par une desquamation furfuracée, sans laisser aucune cicatrice, accompagnées ou non de troubles généraux : voilà la miliaire. Or, avec quelles autres affections de la peau pourriez-vous

la confondre? Serait-ce avec l'herpès? Non, car dans l'herpès, réunies en groupes sur des surfaces érythémateuses nettement circonscrites, les vésicules sont larges, aplaties; le liquide qu'elles contiennent est purulent, et forme des croûtes d'un jaune noirâtre qui persistent pendant plusieurs jours.

Serait-ce avec les sudamina? Non, car les sudamina sont constitués par des vésicules plutôt pointues que globuleuses, qui ne reposent jamais sur un fond érythémateux, qui n'amènent aucune modification dans la coloration de la peau sur laquelle elles apparaissent, qui ne déterminent aucun prurit, qui ne deviennent jamais louches et opalines, de claires qu'elles étaient à leur début, et qui ne donnent jamais lieu à des troubles généraux.

Confondrez-vous la miliaire avec l'eczéma rubrum? Non, car dans l'eczéma rubrum les vésicules sont plus enchâssées dans l'épaisseur du derme, elles sont moins superficielles, moins détachées; elles sont implantées, non pas, comme dans la miliaire, sur des surfaces cutanées, vastes et uniformément érythémateuses, mais sur des plaques ou taches limitées, petites, circonscrites, à bords irréguliers; de plus, elles sont accompagnées d'un prurit infiniment plus intense, et la durée de l'eczéma rubrum est de quinze à vingt jours, au lieu d'être d'un septénaire seulement, comme pour la miliaire.

Vous confondrez encore moins la miliaire avec l'eczéma fluent. En effet, dans cette dernière forme de l'eczéma, les vésicules ne sont pas persistantes, elles se rompent souvent au bout de quelques heures seulement de durée; elles laissent, après elles, des surfaces dermi-

ques exulcérées, desquelles s'écoule quelquefois, en très-grande abondance, et pendant un temps très-long, un liquide séro-gommeux qui se solidifie en croûtes lamelleuses jaunes blanchâtres.

Vous distinguerez facilement la miliaire de la varicelle, dont les vésicules volumineuses, jaunâtres, avant d'être remplacées par une croûte brunâtre et persistante, sont entourées chacune isolément d'un cercle érythémateux, sorte d'auréole qui tranche sur la coloration de la peau ambiante, restée normale.

Vous distinguerez aussi la miliaire de la forme particulière d'acné que l'on appelle *acné miliaire*, en raison de l'aspect globuleux que vous présentent les pustules qui la constituent. Dans les deux affections, vous trouvez une lésion cutanée de la même apparence, de la même forme, du même volume, semblable de part et d'autre à un grain de millet; mais cette lésion cutanée, du côté de la miliaire, est une vésicule primitivement claire et transparente, ne devenant opaque qu'à la fin de sa durée; du côté de l'acné, au contraire, c'est une pustule contenant du pus dès son origine, et par conséquent ayant toujours été opaque et jamais transparente. De plus, les pustules d'acné miliaire sont souvent entourées, à leur base, d'une auréole légèrement érythémateuse, qui fait à chacune d'elles comme un encadrement spécial.

Telles sont les affections de la peau qui ont quelques traits de ressemblance avec la miliaire; vous voyez qu'avec un peu d'attention vous pourrez toujours les discerner sans trop de difficulté.

IV. PRONOSTIC DE LA MILIAIRE.

Le pronostic de la miliaire n'est grave que dans un certain cas : celui où elle est le symptôme de la suette. La suette est, en effet, une maladie générale, une pyrexie, habituellement épidémique, toujours sérieuse, et dont un des symptômes est une éruption vésiculeuse de miliaire. Lorsque la miliaire existe à titre de manifestation de la suette, elle vous fera toujours porter un pronostic sérieux; mais en dehors de la suette, maladie à part, sérieuse, épidémique, que nous ne mentionnons que pour mémoire, et dont nous ne voulons pas nous occuper ici plus longtemps, la miliaire n'est jamais grave. Quand elle est sous l'influence d'une cause externe, elle existe, nous l'avons déjà dit, sans aucun retentissement général, elle ne trouble aucunement la santé, et dès que l'action de la cause productrice est supprimée, elle entre d'elle-même, spontanément, dans une période de déclin, prélude d'une guérison rapide. Quand elle est de cause interne et qu'elle constitue une fièvre miliaire, elle n'a pas non plus de gravité; elle ne subsiste guère au delà de huit à dix jours, et la guérison est la règle.

V. TRAITEMENT DE LA MILIAIRE.

Si la miliaire est le résultat d'une cause externe irritante quelconque, la première indication à remplir est de supprimer la cause productrice. Le seul éloignement de cette cause suffit, dans bien des cas, pour amener la guérison. Ainsi, s'agit-il de cataplasmes de farine de lin que vous avez prescrits, et que la

peau n'a pas pu supporter, hâtez-vous de les supprimer, et de les remplacer par des cataplasmes de fécule de pommes de terre. S'agit-il de frictions hydrargyriques ou autres, qui ont déterminé une éruption de miliaire, supprimez tout de suite ces frictions, et prescrivez, à leur place, des applications émollientes, des cataplasmes de fécule de pommes de terre, des applications de compresses imbibées d'eau de guimauve tiède. La miliaire est une inflammation de la peau, il faut donc avoir recours contre elle aux émollients. A ce titre, les bains tièdes, d'eau de son, ou d'eau dans laquelle on a fait bouillir de l'amidon, sont parfaitement indiqués; quelquefois, il suffit de saupoudrer les parties malades avec une poudre isolante et siccative, telle que la poudre de lycopode ou la poudre d'amidon. La santé générale n'ayant subi aucune atteinte, aucun traitement n'est indiqué.

Le même traitement local conviendra dans les cas où la miliaire est de cause interne. Cependant, comme alors l'éruption se fait dans de vastes proportions, les cataplasmes ne sont plus possibles; il faut alors se contenter de la poudre d'amidon. De plus, l'éruption étant sous la dépendance d'une cause interne, il faut éviter tout ce qui pourrait l'arrêter brusquement; et les bains pouvant être suivis d'accidents de répercussion, il est plus prudent de s'en abstenir. Nous avons, dans cette nature de miliaire, à tenir compte de l'état général, souvent troublé. Y a-t-il de l'inappétence, un état saburral prononcé, un vomitif sera indiqué. — Quand l'éruption sera sur son déclin, alors que l'on ne craindra plus de la gêner par une révulsion intestinale, une purgation sera indiquée aussi par l'état des premières

voies, et des fonctions gastro-intestinales. Quelques boissons acidulées, une diète sagement conduite, seront le complément du traitement.

Pour terminer cette étude sur la miliaire, voici une observation intéressante, recueillie dans notre salle Saint-Charles, n° 17, par M. Muzelier, mon interne.

ÉRUPTION MILIAIRE.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de dix-huit ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, menant une vie régulière, ne présentant pas d'habitudes alcooliques. Il y a environ cinq mois, ce jeune homme eut un abcès à la partie externe de la région sous-claviculaire du côté droit. Cet abcès dura environ trois semaines et laissa après lui une cicatrice saillante, de couleur rougeâtre, encore très-apparente aujourd'hui. Il y eut d'ailleurs, à d'autres époques, des abcès probablement de même nature que le précédent, sur les parties latérales du cou. Il y a quatre mois environ, ce malade aurait été atteint d'une éruption cutanée qui présentait des caractères analogues à ceux qui distinguent l'éruption actuelle. Elle était constituée par une coloration rouge généralisée et par des *vésicules* assez saillantes, à la suite desquelles survint un suintement assez abondant pour coller les vêtements. La terminaison eut lieu par une desquamation généralisée qui donnait à la surface cutanée un aspect assez analogue à celui de la poussière de farine. Quant à l'affection actuelle, elle ne paraît avoir été précédée d'aucun prodrome. Dans toute la journée qui précéda son appari-

tion, le malade ne ressentit aucun malaise. Mais dans la nuit du 8 au 9 octobre il se réveilla avec une sensation de cuisson, de chaleur sur toute l'étendue de la peau. Cette sensation était toutefois beaucoup plus prononcée au niveau des parties génitales, et assez pénible pour empêcher le sommeil. Le lendemain matin, à l'heure du lever, la peau était d'une coloration rouge intense, qui embrassait presque toute la surface cutanée, les membres inférieurs exceptés. La sensation de cuisson était toujours très-vive, au niveau des parties génitales.

Entré dans notre service le soir du 8 octobre, le malade présente alors l'état suivant : sur toute la face antérieure de la poitrine et de l'abdomen, la peau est le siége d'une coloration rouge foncée, de teinte écarlate. Cette coloration se montre également, mais un peu moins marquée, à la face postérieure du tronc, sur le cou, les membres supérieurs, et inférieurement jusqu'à la partie moyenne des cuisses. En examinant avec soin, et avec une loupe, les surfaces érythémateuses, on constate l'existence d'un très-grand nombre de vésicules incolores, excessivement ténues, qui donnent, par leur confluence et leur relief, un aspect chagriné à la peau qu'elles recouvrent. Toutes ces particularités se retrouvent très-marquées au niveau des parties génitales: En effet, il existe là une rougeur intense, et la peau y est recouverte d'un grand nombre de vésicules saillantes, de coloration légèrement jaunâtre, de la grosseur moyenne d'un grain de millet. C'est au niveau de la partie supérieure de la face interne des cuisses, et sur la racine de la verge, que ces particularités sont le plus prononcées. Au niveau des parties en contact, c'est-à-dire entre le

se, d'une part, et d'autre part entre le
·ge, il existe un suintement abondant
une humeur jaunâtre et visqueuse. Le
.ouve, depuis le début de son éruption, au-
.gement dans sa santé (ni céphalalgie, ni trou-
, voies digestives). Il n'y a eu de fièvre à aucun
ent.

9 *octobre* (samedi matin). — Les phénomènes *locaux* ont peu varié; l'éruption cutanée se présente avec les mêmes caractères de rougeur et d'étendue. On aperçoit encore très-bien les vésicules quand on examine la peau de très-près et avec attention. La sensation de cuisson, de démangeaison, est encore très-vive au niveau des parties génitales, mais elle a disparu dans le reste des surfaces malades. La langue est très-légèrement saburrale; à part cela, rien à noter du côté de l'état général.

10 *octobre*. — La rougeur a légèrement diminué et a pris une teinte plus pâle, mais la peau a conservé son aspect chagrine. A la partie antérieure du tronc, on voit disséminées un assez grand nombre de vésicules de la grosseur moyenne d'uue tête d'épingle, de coloration légèrement jaunâtre. On trouve quelques vésicules de même aspect et de même forme sur les bras et à la partie supérieure du dos. Les membres inférieurs sont envahis par la poussée exanthématique, mais celle-ci s'est arrêtée au niveau du tiers moyen des jambes, où sa limite est marquée par le rebord assez nettement tranché des parties colorées en rouge. Au niveau des parties génitales et sur la face interne des cuisses, il s'est fait une nouvelle poussée de vésicules nombreuses,

confluentes, présentant du reste tous les caractère de celles qui les ont précédées. Les parties en contact sont toujours le siége d'un suintement très-abondant. L'état général ne présente rien de particulier. L'observation thermométrique ne révèle aucune augmentation de température.

11 *octobre* (lundi). — Rougeur toujours assez prononcée sur les surfaces qui sont le siége de l'éruption, jusqu'à la partie inférieure des jambes. L'éruption miliaire de la face antérieure du tronc est un peu plus abondante qu'hier, principalement à la région sus-pubienne. Elle est constituée par des vésicules arrondies, saillantes, du volume d'une grosse tête d'épingle, remplies d'un liquide légèrement jaunâtre. On note également l'existence de vésicules sur les bras et sur les avant-bras, mais en très-petit nombre. Dans toutes ces parties et sur la face dorsale des mains, la peau présente le même aspect chagriné qu'au début. Le malade continue à ne sentir ni fièvre ni malaise. Les fonctions digestives sont normales, malgré l'apparence d'une langue légèrement saburrale. Les urines, épaisses et troubles, ne renferment pas d'albumine.

12 *octobre*. — La coloration rouge des téguments a beaucoup diminué, notamment à la partie supérieure de la région thoracique. La région sternale est recouverte d'un assez grand nombre de croûtes minces, humides, de couleur jaune, présentant une disposition irrégulière. A la partie supérieure du cou, du côté gauche, on voit également des croûtes jaunâtres, de petite dimension, dont la distribution représente assez exactement celle

des vésicules qui leur ont donné naissance. Sur les membres supérieurs et à la face antérieure de l'abdomen, les vésicules sont affaissées, mais néanmoins encore légèrement saillantes. Les parties génitales sont le siége d'un suintement très-abondant, qui fait éprouver au malade des démangeaisons assez pénibles, à peine atténuées par l'usage de la poudre d'amidon.

13 *octobre.* — La coloration rouge des téguments est presque effacée; on la retrouve néanmoins, mais très-affaiblie, sur les membres supérieurs et à la face antérieure de l'abdomen, ainsi que sur la partie supérieure de la face interne des cuisses. Malgré l'emploi de poudres siccatives, le suintement des parties en contact n'a pas sensiblement diminué. L'éruption vésiculeuse est en voie de disparition dans tous les points qu'elle occupait naguère. Sur la région sternale, on voit encore des croûtes jaunes et minces. Il n'y a rien à noter du côté de l'état général.

14 *octobre.* — La teinte exanthématique des téguments n'existe plus ; au niveau des parties génitales, la peau est encore légèrement rouge et recouverte de croûtelles jaunâtres, minces et larges. Toute la partie antérieure du thorax, surtout du côté gauche, est couverte également de croûtelles, jaunes, minces, aplaties, qui, dans quelques points, reposent sur un fond rougeâtre et humide. Toute la circonférence du cou est recouverte également de croûtes minces, de couleur blanchâtre, de dimensions plus petites que celles de la région sternale. Il existe également quelques plaques de desquamation sur la région scapulaire du côté droit. Enfin,

au niveau du pli du coude, de chaque côté, mais principalement à droite, on voit des traces manifestes de desquamation.

17 *octobre*. — A cette date, il n'existe plus aucune trace de la teinte congestive des téguments. Toute la surface cutanée envahie par l'éruption vésiculeuse est actuellement le siége d'une desquamation très-apparente. On voit en effet, dans tous ces points, la peau recouverte de débris épidermiques, très-minces, de couleur blanchâtre, de forme légèrement arrondie, se détachant très-facilement de la peau qu'ils recouvrent. Cette desquamation est très-apparente sur la face antérieure de l'abdomen, au pli des jarrets, sur les avant-bras, principalement au pli du coude, autour de la circonférence du cou. La sécrétion morbide des parties génitales est en voie de disparition, néanmoins ces parties sont encore le siége d'une humidité assez prononcée.

21 *octobre*. — Le malade sort sur sa demande, ne conservant plus que des traces insignifiantes de son éruption passée.

VINGT-SEPTIÈME LEÇON

Rupia.

Messieurs.

L'affection dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui diffère essentiellement de celles dont je vous ai parlé jusqu'à ce jour.

Je vous ai fait voir d'abord des maladies caractérisées anatomo-pathologiquement par des squames, c'est-à-dire par des productions épidermiques viciées, modifiées, altérées dans leur aspect, dans leur manière d'être, dans leur épaisseur, dans leur disposition, dans leur abondance ; sécrétions épidermiques maladives, fournies par un derme malade lui-même. Le *psoriasis*, avec ses squames sèches, épaisses, imbriquées, résistantes, plâtreuses ou argentées, nous est apparu comme le type de ces affections, dont le *pityriasis*, avec sa desquamation pulvérulente et furfuracée, n'est en quelque sorte que le diminutif ou l'expression la plus atténuée. Dans le *pityriasis*, aussi bien que dans le *psoriasis*, la lésion principale est épidermique et ne fait, ainsi que je vous l'ai dit, qu'effleurer la couche la plus superficielle du derme, sans l'entamer aucunement.

Nous avons vu ensuite des maladies à type vésiculeux : l'*eczéma*, l'*herpès*, la *miliaire ;* ici le derme commence à être entamé, mais la lésion qu'il subit ne lui porte qu'une très-légère atteinte ; sa couche la plus superficielle est seule en cause ; elle s'irrite, elle s'enflamme par petits points ; l'inflammation de chacun de ces petits points se traduit par la sécrétion d'une gouttelette de sérosité claire et transparente qui soulève le feuillet épidermique superposé ; c'est ainsi que la vésicule est formé. Le liquide qu'elle contient peut être résorbé, comme dans la *miliaire ;* il peut être solidifié en croûte, comme dans l'*herpès* et l'*eczéma ;* il peut aussi, après la rupture de la vésicule, continuer à être sécrété par les ulcérations du derme, que laisse à nu le feuillet épidermique exfolié ; mais ces ulcérations sont tout à fait superficielles, ce ne sont même que de simples excoriations à peine si elles ont entamé la surface du derme.

Dans les affections pustuleuses, la peau a été plus sérieusement atteinte. Dans l'*impétigo*, l'inflammation, plus vive, plus intense, s'est traduite par une sécrétion purulente, mais elle n'a pas cessé de se limiter encore à la surface du derme, elle est restée superficielle et sans durée.

Dans l'*ecthyma*, elle s'est circonscrite aux dimensions, toujours restreintes, d'une pustule, et ce n'est que dans ces limites qu'elle a pénétré plus avant dans l'épaisseur de la peau.

Dans le *sycosis* et dans l'*acné*, si l'inflammation, si le principe morbide envahissent le derme plus profondément, du moins ils ne le touchent que dans un seul de ses éléments constitutifs. Le *sycosis* attaque les glandes qui sécrètent les poils, et l'*acné*, les glandes sébacées.

Dans toutes ces affections squameuses, vésiculeuses ou pustuleuses, la peau est plus ou moins lésée, modifiée dans son état physiologique, altérée dans quelques parties de sa substance ; elle est épaissie, desséchée, privée de sa souplesse et de son extensibilité, recouverte d'une carapace dure et écailleuse, dans le *psoriasis.* Elle est parsemée à sa surface, dans l'*eczéma* et l'*impétigo*, de granulations vésiculeuses et pustuleuses, et de petites excoriations suintantes et croûteuses.

Dans la *miliaire*, suivant la poétique comparaison du professeur Hébra, il semble qu'elle soit constellée de gouttes de rosée. L'*herpès* se caractérise par des poussées de vésicules volumineuses et saillantes, tandis que dans le *sycosis* et dans l'*acné* le derme est, pour ainsi dire, criblé de points protubérants, les uns durs et tuberculeux, les autres suppurants et pustuleux.

Telles sont les principales lésions que nous avons constatées dans les diverses affections étudiées jusqu'à présent. Vous le voyez, aucune de ces affections n'est essentiellement destructive ; la preuve en est que toutes, même sans en excepter l'ecthyma, du moins dans quelques-unes de ses formes, guérissent sans laisser la moindre trace, le moindre vestige cicatriciel.

Mais aujourd'hui nous abordons une maladie toute différente. Celle-là a pour caractère d'être essentiellement ulcérative et destructive ; elle opère, dans l'épaisseur de la peau, un travail éminemment et profondément destructeur. Elle creuse dans le derme de larges et profondes ulcérations, à fond blafard, produisant une suppuration sanieuse, fétide, qui complète toute la physionomie d'un ulcère de mauvaise nature. Elle donne lieu à des croûtes épaisses, noirâtres, humides et

suintantes, dont l'aspect a quelque chose de sordide, de hideux et de repoussant. C'est bien là une affection *maligne*, c'est-à-dire une affection dont les lésions anatomiques sont graves par elles-mêmes, et font courir aux malades les plus sérieux dangers. Cette maladie, dont je viens de vous esquisser sommairement et à grands traits la physionomie et les principaux caractères extérieurs, c'est le *rupia*, que nous allons étudier dans cette séance.

Rupia vient du grec ῥύπος, saleté, ordure, immondice. Le mot, vous le voyez, n'a rien de séduisant, mais il est, on peut le dire, en rapport exact avec l'objet qu'il doit désigner. Les détails dans lesquels je vais entrer maintenant et les exemples que je mettrai sous vos yeux vous édifieront, je l'espère, complétement à ce sujet.

Au point de vue anatomique, trois lésions élémentaires entrent dans la constitution du rupia.

Tout d'abord apparaît une bulle ; à celle-ci succède bientôt une ulcération profonde, creusée dans l'épaisseur du derme, et donnant naissance à une sanie purulente épaisse ; enfin, comme conséquence de cette dernière, survient la croûte dont je vous ai déjà parlé.

Cependant, si tous les auteurs sont d'accord lorsqu'il s'agit des deux dernières phases du processus, il est loin d'en être de même à l'égard de la lésion initiale ; sur ce point, les divergences sont nombreuses, et je vais vous les signaler rapidement.

C'est ainsi que, pour M. Devergie, le rupia débute par un groupe de vésicules.

D'après M. Bazin, au contraire, une pustule apparaît tout d'abord ; mais bientôt, au bout de quelques

heures, de quelques jours au plus, l'épiderme se soulève autour de celle-ci, et une bulle ne tarde pas à se former. Ainsi se trouve constitué un élément nouveau en quelque sorte, une pustulo-bulle.

M. Hardy, enfin, n'admet ni la bulle ni la vésicule; ici, comme dans l'ecthyma, c'est une vraie pustule qui, pour lui, ouvre la scène morbide. Quant à l'opinion que je vous ai donnée tout d'abord, celle qui fait débuter le rupia par une bulle, elle appartient à Willan et à Rayer: pour ma part, je l'adopte complétement.

Ainsi donc, dans le rupia, la lésion élémentaire initiale est une bulle. Il me faut maintenant la décrire et vous la montrer.

Vous savez tous ce qu'est la vésicule. On désigne de ce nom un soulèvement de l'épiderme par un liquide plus ou moins transparent, soulèvement qui conserve toujours un très-petit volume. Donnez par la pensée à cette vésicule des dimensions plus considérables, depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'un œuf et même au delà, et vous aurez une idée très-exacte de la bulle. Quant au liquide qu'elle renferme, il peut être séreux, et d'une limpidité parfaite, comme dans le pemphigus, ou bien d'une consistance assez grande et toujours plus ou moins sanieux, comme dans l'affection qui nous occupe.

Cet élément primitif du rupia est essentiellement transitoire. De même que la vésicule de l'eczéma, il peut ne durer que quelques heures; il ne persiste dans tous les cas jamais au delà d'une ou deux journées. C'est vous dire qu'on a bien rarement la bonne fortune de le rencontrer, et je suis heureux de mettre sous vos yeux cette pièce appartenant au musée de l'hôpital, où

il a été possible de saisir, pour ainsi dire, au passage, cette lésion fugitive, et de la représenter dans son état de complet développement. Vous étudierez sur la même pièce les phases ultérieures de l'affection : l'ulcération, et la croûte qui la recouvre, constituant ce qu'on peut désigner sous le nom de lésions secondaires du rupia.

Bientôt, en effet, la bulle se rompt; la sanie purulente qu'elle contient s'épanche et se concrète au contact de l'air au-dessus de l'ulcération, qui vient ainsi de prendre naissance; la croûte qui en résulte occupe au début tout l'espace laissé à nu par la disparition de la bulle, dont elle a les dimensions et la forme arrondie. Cependant, au-dessous d'elle et sur tout son pourtour, le travail ulcéreux continue à faire des progrès; une nouvelle quantité de matières purulentes est sécrétée, qui, se concrétant à son tour autour de la croûte primitive, l'exhausse en soulevant son centre et en élargissant sa périphérie primitive; à cette seconde poussée vient bientôt s'en ajouter une troisième, puis une série de nouvelles, qui, toutes, procèdent de la même façon. En un mot, la croûte s'accroît en épaisseur par des soulèvements successifs, tandis qu'à la périphérie elle suit pas à pas l'ulcération dans son envahissement centrifuge.

Ces quelques notions sur le mécanisme qui préside à cette formation ont bien leur importance; elles vous donnent, en effet, la clef de la plupart des détails, dans la description qui va suivre. De coloration noirâtre, à base arrondie, à sommet proéminent, la croûte du rupia constitue une sorte de pyramide ou de cône tronqué rappelant assez bien, par sa forme, le bouclier antique, composée de couches stratifiées et concentriques parmi lesquelles les plus centrales, qui sont aussi les

plus proéminentes, sont en même temps les plus anciennes ; elle a été comparée par Willan à l'écaille de l'huître. Cette croûte est, en général, humide et molle ; le doigt promené à sa surface sent qu'elle repose sur une couche liquide, et, par une pression un peu forte, on détermine des fissures qui donnent issue à quelques gouttelettes purulentes.

Telle est cette lésion, dont les caractères si tranchés permettent, nous le verrons au diagnostic, de distinguer le rupia de toutes les autres affections cutanées.

Quant à sa durée, il est impossible de la déterminer, même d'une façon approximative. Nous sommes ici en présence d'une maladie chronique ; le travail morbide peut se prolonger, et l'ulcération s'étendre à sa suite indéfiniment. Aussi, vous le comprendrez facilement, pour peu qu'il soit abondant à la surface du corps, le rupia ne tarde-t-il pas à produire la cachexie consécutive, aux suppurations prolongées.

Lorsque la guérison survient, au contraire, la surface ulcérée cesse de fournir du pus et se cicatrise de la périphérie vers le centre ; en même temps, la croûte, de moins en moins humide, se ratatine, perd ses adhérences, et finit per se détacher, en laissant après sa chute une cicatrice indélébile, mais dont les autres caractères varient suivant les cas.

Le rupia n'est pas, en effet, au point de vue anatomique, toujours identique à lui-même, et nous nous trouvons amenés ainsi à étudier ses variétés. Elles sont au nombre de trois : *rupia simplex ; rupia proeminens ; rupia escharrotica*.

1° *Rupia simplex*. — C'est le rupia dans toute sa sim-

plicité. La bulle initiale se rompt; il se forme une croûte unique, qui finit par se détacher, laissant après sa chute une cicatrice très-superficielle.

2° *Rupia proeminens.* — C'est la variété que nous avons prise pour type de notre description; il n'y a donc pas lieu d'y revenir ici.

3° *Rupia escharrotica.*—Il débute également par une bulle, mais celle-ci est remplie d'une sérosité noirâtre, et, après sa rupture, elle laisse à nu une véritable escharre du derme qui, plus tard, s'élimine par les procédés habituels à ce genre de lésion. Cette variété se rencontre surtout aux deux extrémités de la vie. La première et la seconde enfance, ainsi que l'extrême vieillesse, en sont les tributaires accoutumés. Ici comme là, elle relève de circonstances étiologiques analogues, qui peuvent se résumer dans la formule suivante : conditions hygiéniques mauvaises, amenant à leur suite, comme conséquence inévitable, la cachexie.

Nous voici amenés, pénétrant plus avant dans notre sujet, à nous demander quelle est la signification précise de la lésion dont nous venons d'étudier et les caractères anatomiques et l'évolution dans ses diverses variétés. Je vous dirai tout d'abord, bien que cette opinion soit loin d'être adoptée par tous les auteurs, qu'elle peut être pour moi l'expression de quatre états bien différents de l'économie. On la voit, en effet, se développer sous l'influence de trois diathèses : l'herpétisme, la syphilis, la scrofule; enfin la cachexie peut aussi lui donner naissance.

Ainsi donc, et pour me résumer par avance, j'admets l'existence de quatre espèces de rupia : *rupia cachectique*, — *rupia herpétique*, — *rupia syphilitique*, — *rupia scrofuleux*.

Rupia cachectique. — L'état cachectique, vous le savez, n'est pas toujours la conséquence d'une diathèse; il se produit encore dans les circonstances morbides les plus variées; mais une fois qu'il s'est développé, et quelle que soit la cause qui lui a donné naissance, il possède une existence indépendante et peut déterminer, pour son compte, l'apparition du rupia. C'est ainsi que, chez l'enfant à la mamelle, sous l'influence d'une alimentation artificielle mal dirigée, secondée dans ce sens par l'absence des soins hygiéniques indispensables à cet âge, la diarrhée s'établit, et la cachexie survient à sa suite. Trop souvent alors, comme symptôme de ce nouvel état morbide, et en dehors de tout soupçon de syphilis, se montre le rupia escharrotica. A tous les âges de la vie, des conditions analogues produisent de semblables effets. Vous avez vu certainement plusieurs fois déjà, dans vos visites à l'hôpital, ces gens épuisés par des privations de toute nature, auxquelles sont venus peut-être se joindre des excès de plus d'un genre. Vous ne reconnaissez chez eux l'existence d'aucune lésion organique, d'aucune diathèse, et cependant ils sont profondément atteints, quelques-uns même ne se relèveront jamais. Ces gens sont des cachectiques, et la cachexie va provoquer à son tour l'apparition d'un certain nombre de manifestations, parmi lesquelles le rupia simplex et le rupia escharrotica.

Rupia herpétique.—Nous touchons à l'un des points

les plus controversés de l'histoire du rupia; mais, pour ma part, j'admets sans réserve l'existence du rupia herpétique, car j'ai pour moi l'appui décisif du fait observé. Prenez un homme atteint de l'eczéma le plus vulgaire et mettez-le entre les mains d'un empirique; celui-ci va lui faire subir le traitement le moins rationnel de tous; il va l'enduire d'une pommade incendiaire (c'est le seul mot qui, dans l'espèce, caractérise convenablement les préparations de ce genre). La peau, sous l'influence de cette nouvelle irritation, va réagir à sa manière, et l'expression anatomique de la diathèse va se modifier. A la vésicule eczémateuse, c'est une bulle de pemphigus, c'est un rupia qui va se substituer. Et n'allez pas croire que ce soit là une simple vue de l'esprit; j'ai observé, dans ma pratique, l'une et l'autre de ces transformations. Vous connaissez donc maintenant l'un des modes de développement du rupia dans la diathèse herpétique; en voici un second : un dartreux, sous l'influence des conditions que j'énumérais tout à l'heure, devient cachectique; jusqu'à ce moment, la dartre s'était traduite chez lui par une manifestation cutanée relativement légère, le psoriasis, par exemple; mais à partir de ce jour, c'est une forme anatomique plus grave qui va se développer, c'est un rupia qui, désormais, va servir d'expression à la diathèse. Ainsi donc, le rupia herpétique existe, et il se rencontre dans deux circonstances différentes : ou bien comme manifestation du principe herpétique chez un individu dont la constitution est épuisée; ou comme transformation de la dartre bénigne en dartre maligne, sous l'influence d'un traitement mal dirigé, ou d'une cause quelconque ayant porté une atteinte grave à la santé générale.

Nous n'ignorons pas que, sous ce rapport, nous sommes en désaccord avec plus d'un dermatologiste. Il y a peu d'affections cutanées qui soient plus controversées que le rupia. Ainsi, non-seulement le professeur Hardy n'admet pas un rupia herpétique, mais il ne veut même pas reconnaître au rupia une existence spéciale comme entité morbide ; il lui refuse son autonomie ; il le confond avec l'ecthyma, et il ne veut voir en lui que la forme la plus sérieuse de cette dernière affection. Le professeur Hébra partage la même opinion et soutient la même thèse ; il ne veut pas reconnaître le rupia comme constituant une maladie de la peau particulière, *sui generis ;* il l'admet seulement à titre de symptôme de la syphilis ; pour lui, le rupia n'est qu'une *syphilide*, et il l'appelle indistinctement *pemphigus syphilitique*, ou *syphilis cutanée bulleuse*.

Voici du reste comment s'exprime cet auteur :

« Mon intention, en traitant dans un chapitre séparé de l'état connu sous le nom de *rupia*, n'est nullement de sanctionner l'opinion vulgaire qu'il existe une maladie non syphilitique de la peau méritant cette qualification. D'après moi, au contraire, il n'y a aucune maladie de ce genre non spécifique, et tous les prétendus exemples que l'on en a publiés doivent recevoir une dénomination différente..... » Et il termine en disant : « Il est logique de considérer le rupia comme une affection syphilitique ; on doit regarder tous les prétendus cas de rupia non syphilitique comme identiques à l'ecthyma, ou les envisager, dans le sens de Lorry, simplement comme des croûtes pouvant être le résultat de diverses espèces d'ulcères. »

Malgré l'imposante autorité des professeurs Hébra

et Hardy, nous persistons à affirmer l'existence du rupia comme individualité morbide, comme une maladie de la peau spéciale, ayant ses caractères spéciaux, pathognomoniques, n'appartenant qu'à elle, et par conséquent devant conserver son autonomie et sa dénomination propre de *rupia*. Nous persistons, de plus, à soutenir que dans certains cas spéciaux, lorsque la santé générale a subi de graves atteintes, ou bien lorsqu'une dermatose est de nature herpétique, mais bénigne par elle-même, par les lésions qui la constituent, comme l'eczéma, par exemple, nous persistons, dis-je, à soutenir que cette dermatose, lorsqu'elle a subi l'influence de la santé générale détériorée ou d'un traitement local irritant, intempestif, peut s'exaspérer, de *bénigne* qu'elle était *devenir maligne*, et se transformer en un véritable rupia; de telle sorte que le principe herpétique, exprimé d'abord par un eczéma, est à la fin représenté par un rupia. C'est là un fait non-seulement logique, mais encore clinique et consacré par notre observation personnelle.

Nous avons vu à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Charles, n° 44, un malade primitivement atteint d'eczéma, et dont l'eczéma, à la suite de frictions irritantes, a été transformé en un pemphigus, c'est-à-dire en une maladie beaucoup plus grave par elle-même et relativement *maligne*.

Nous avons vu, dans notre pratique civile, un monsieur qui demeurait rue Baillif, n° 9, et qui était atteint d'un eczéma herpétique fluent aux deux jambes, eczéma à forme chronique, mais avec de fréquentes poussées aiguës et fluentes. Ce malade, malgré nos instances, s'opiniâtra à vouloir aller prendre les eaux de Baréges, c'est-à-dire les eaux les plus fortement minéra-

lisées, les plus sulfureuses, et par conséquent les plus excitantes de toutes les Pyrénées. Là, quand le traitement émollient, le repos absolu, la position horizontale, les applications émollientes, étaient seuls indiqués, il fut soumis aux influences excitantes et fâcheuses de la fatigue d'un long voyage, de la chaleur intense du mois de juillet, des conditions peu hygiéniques d'un hôtel encombré et de l'action des eaux prises en bains pendant quinze jours de suite. L'état des membres inférieurs ne tarda point à s'aggraver, en même temps que la santé générale se détériorait et que l'appétit et le sommeil se perdaient. Le malade sentit lui-même la nécessité de regagner Paris, et quand nous le revîmes, nous pûmes constater, à la place de son ancien eczéma, un rupia qui s'était développé sur les deux jambes, et dont les ulcérations et les croûtes pathognomoniques s'étaient formées sur les surfaces primitivement eczémateuses.

Toutes les théories, toutes les idées préconçues doivent se taire en présence de pareils faits, qui prouvent que des maladies de la peau primitivement *bénignes* en elles-mêmes peuvent devenir *malignes*, sous certaines influences, et qu'un eczéma herpétique, par exemple, peut dégénérer et être transformé en pemphigus et même en rupia.

Nous sommes donc autorisé à établir en principe que, dans des cas, rares, il est vrai, mais incontestables, la diathèse herpétique peut revêtir un caractère anatomo-pathologique des plus graves et se présenter sous la forme d'un rupia.

Rupia syphilitique. — Le plus souvent, il faut bien le reconnaître, le rupia est l'expression de la syphilis,

et il y a lieu ici encore de distinguer deux cas : tantôt il survient parmi les manifestations précoces de la maladie, et il est alors l'expression la plus habituelle de la syphilis maligne; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il apparaît comme accident ulcéreux tardif, deux ans, trois ans, quelquefois davantage après le début de la maladie.

Rupia scrofuleux. — Quant au rupia scrofuleux, il présente cette particularité, qu'il appartient, pour ainsi dire, en propre à l'âge adulte et à la vieillesse. Il est extrêmement rare, en effet, de le rencontrer dans l'enfance, où la scrofule porte principalement son action sur le système ganglionnaire.

L'étude que nous venons de faire va, je l'espère, nous permettre de différencier assez facilement le rupia des affections qui lui ressemblent : nous abordons, en effet, son diagnostic.

DIAGNOSTIC DU RUPIA.

Le *pemphigus* a, de même que le rupia, une bulle pour lésion initiale; mais, par son contenu, celle-ci diffère déjà notablement dans les deux cas : le liquide est plus ou moins séreux dans le premier; il est au contraire toujours épais et sanieux dans le second. Quant aux phases ultérieures, elles n'ont entre elles aucune analogie; la bulle du pemphigus se dessèche souvent sans se rompre, et ne donne lieu alors qu'à une exfoliation lamelleuse; ou bien, lorsqu'elle vient à se déchirer, elle ne laisse à sa suite que de petites croûtes superficielles foliacées, jaunâtres, et d'une minceur extrême, qui n'ont rien de commun avec les croûtes épaisses et noirâtres du rupia.

L'*ecthyma* ne peut être, à sa première période, confondu avec le rupia, puisqu'il est, à cette époque, représenté par une pustule. Plus tard, lorsque la croûte est formée, vous la reconnaîtrez toujours assez facilement aux caractères qui suivent, et dont aucun ne peut s'appliquer à la croûte du rupia; elle est en effet noire, sèche et profondément enchâssée dans le derme. Il n'est pas enfin jusqu'à la cicatrice superficielle, à peine visible dans l'ecthyma, toujours profonde et tout à fait indélébile dans le rupia, qui ne vienne encore accentuer la différence. Ajoutons que les lésions du rupia sont infiniment plus sérieuses que celles de l'ecthyma ; les ulcérations de l'ecthyma sont toujours restreintes aux dimensions qu'avait la pustule initiale, tandis que les ulcérations du rupia s'étendent en surface et en profondeur, et opèrent souvent les plus vastes et les plus dangereuses destructions.

Il me reste à vous parler de la *syphilide pustulo-crustacée* que M. Hardy, vous le savez, confond avec le rupia dans une description commune. Il m'est impossible, pour ma part, d'adopter cette manière de voir. Je pense, en effet, que ces affections ont des caractères qui leur appartiennent en propre, et qu'il convient de les conserver à l'état d'entités morbides distinctes. Il me suffira de vous rappeler brièvement ces caractères pour vous montrer combien ils diffèrent dans les deux cas. On désigne sous le nom de syphilide pustulo-crustacée une lésion cutanée qui appartient à la période tertiaire de la syphilis. Elle est constituée par une pustule à laquelle succède une ulcération étroite et sèche, recouverte par une croûte dure, proéminente, en manière de corne, et laissant à sa suite une cicatrice superficielle.

Dans le rupia, nous trouvons au contraire une ulcération plus large et beaucoup plus profonde, produisant une sécrétion sanieuse abondante, recouverte par une croûte molle, humide, moins proéminente, à la surface de laquelle il est facile de faire sourdre, par la pression, quelques gouttelettes de pus, donnant enfin naissance à une cicatrice toujours profonde. Vous voyez bien, par cette revue rapide, que les différences sont assez tranchées pour justifier la distinction que je veux maintenir entre les deux affections.

Après avoir fait le diagnostic du rupia considéré en lui-même et comme genre, il nous reste à faire celui des diverses natures de cette affection.

Rupia cachectique. — La forme anatomique a ici une certaine importance. Toutes les fois, en effet, que vous rencontrerez le rupia simplex ou le rupia escharrotica, pensez à la cachexie; ce diagnostic sera plus probable encore si les lésions occupent les membres inférieurs, car c'est là le siége de prédilection du rupia de cette nature. Vous devrez en outre interroger avec soin les antécédents du malade, vous enquérir des conditions hygiéniques dans lesquelles il a vécu, des excès qu'il a pu faire, des maladies qui l'ont atteint, car le diagnostic dont il s'agit ici se fait surtout par exclusion, vous le comprenez facilement.

Rupia herpétique. — Ici encore c'est l'histoire de votre malade, c'est l'étude des conditions dans lesquelles l'affection s'est développée, qui vont vous permettre d'en déterminer la nature. Vous apprendrez alors que le rupia a succédé à un eczéma traité par des

topiques irritants; ou bien votre malade, atteint depuis longtemps déjà d'une affection herpétique bien caractérisée, a vu, sous l'influence des causes que vous connaissez, sa santé générale, demeurée bonne jusqu'alors, s'altérer progressivement, tandis que le psoriasis ou l'eczéma dont il était porteur faisait place à un rupia. Eh bien! dans de semblables conditions, vous pourrez légitimement décider que vous avez affaire au rupia herpétique. Vous n'oublierez pas, du reste, que la symétrie est un des grands caractères des manifestations cutanées de la dartre, et vous ne manquerez jamais, en pareil cas, de la rechercher avec soin.

De tous ces diagnostics, le plus important, à coup sûr, est celui que nous abordons actuellement, et qui va nous permettre de distinguer l'un de l'autre le rupia *syphilitique* et le rupia *scrofuleux*, diagnostic habituellement facile, mais qui, trop souvent encore, présente de réelles difficultés. Je n'ai pas besoin de vous dire qu'il vous faudra tout d'abord interroger avec soin les antécédents, vous livrer à un examen minutieux de votre malade, et tenir compte des autres lésions que vous pourrez rencontrer chez lui. C'est ainsi que les cicatrices caractéristiques de la scrofule, avec leurs brides saillantes et leurs adhérences profondes, les abcès ganglionnaires, anciens ou récents, vous seront d'une utilité incontestable. Je veux surtout attirer votre attention sur les caractères spéciaux que le rupia lui-même emprunte à la diathèse dont il procède.

Dans la scrofule, vous rencontrerez à son pourtour une zone d'un rouge vineux tout spécial, qui fait absolument défaut dans la syphilis; de forme indéterminée, à contours irréguliers dans la première, il sera le plus

habituellement arrondi dans la seconde. La croûte syphilitique de coloration noire verdâtre, comparable à celle du bronze florentin, acquiert en général une grande épaisseur; la croûte scrofuleuse blanchâtre ou franchement noire est ordinairement beaucoup plus mince. Le rupia syphilitique, enfin, est essentiellement mobile, il guérit sur un point pour se reproduire sur un autre. Le rupia scrofuleux, au contraire, est fixe et tenace; il persiste indéfiniment là où il s'est établi tout d'abord, et il y parcourt les diverses phases de son évolution. De plus, comme dernier caractère différentiel, il possède généralement des dimensions plus considérables que dans la syphilis.

PRONOSTIC.

Je ne vous apprendrai rien qui vous surprenne en vous disant que le pronostic du rupia est des plus sévères. Grave par l'état général dont il est l'indice, il est grave encore par le fait même de sa présence et par les conséquences qu'entraîne son évolution. Lorsque les ulcérations qui en résultent sont nombreuses, elles présentent tous les inconvénients et tous les dangers des vastes surfaces en suppuration. Situées dans certaines régions du corps, elles gênent le décubitus, compromettent sérieusement le repos des malades, et deviennent ainsi par elles-mêmes une cause nouvelle d'affaiblissement, d'épuisement, et de douleurs souvent intolérables.

TRAITEMENT.

Parmi les moyens employés contre le rupia, les uns s'adressent à la lésion elle-même, les autres à la cause qui lui a donné naissance. Il y a donc un traitement local et un traitement général.

1° *Traitement local.*—L'indication la plus habituelle à remplir est de ménager, autant que possible, la croûte qui constitue, pour l'ulcération, le meilleur de tous les enduits protecteurs; c'est vous dire que les cataplasmes et les bains devront être sévèrement interdits. Il existe cependant des cas où vous devrez vous départir de cette règle de conduite. Lorsque l'ulcération donnant naissance à une abondante suppuration affecte une marche incessamment envahissante, il deviendra urgent d'en modifier directement la surface. Vous ferez alors tomber la croûte par les moyens appropriés, et vous irez porter sur l'ulcère, soit le nitrate d'argent, soit la teinture d'iode, soit même quelque agent modificateur encore plus énergique; ou bien vous le traiterez par des topiques moins actifs et plus doux, tels que le vin aromatique, l'onguent styrax, la râpure de pommes de terre, les tranches de citron, etc.

2° *Traitement général.*— Il sera, vous le comprenez du reste, subordonné au diagnostic que vous aurez porté; ainsi, dans le rupia cachectique, vous placerez tout d'abord le malade dans des conditions hygiéniques opposées à celles qui ont altéré sa constitution; puis vous instituerez une médication tonique et reconstituante, dont les principaux agents seront le quinquina, le fer, les vins généreux, la viande crue, etc. Si vous avez affaire au rupia herpétique, vous userez tout d'abord des mêmes moyens, puis, et aussitôt que l'état du tube digestif vous le permettra, vous administrerez l'arsenic.

Quant à la syphilis, je veux vous mettre en garde contre une erreur thérapeutique trop souvent com-

mise, au grand préjudice des malades. Beaucoup de médecins s'imaginent qu'une fois la nature syphilitique du rupia bien établie, il n'y a plus, pour obtenir la guérison, qu'à instituer au plus vite la médication spécifique ; et comme le plus souvent, dans ces cas, l'événement trompe leur attente, comme la maladie, au lieu de rétrocéder, fait de nouveaux progrès, ils augmentent les doses, aggravant ainsi le mal qu'ils ont déjà fait. La nutrition était compromise lorsqu'ils ont commencé le traitement ; maintenant elle ne se fait plus du tout, et le danger, pour le malade, devient de jour en jour plus pressant. C'est qu'en effet, il faut bien le savoir, un malade cachectique ne supporte pas la médication mercurielle et iodo-potassique. Il est essentiel, avant de rien entreprendre dans ce sens, de ranimer, par une hygiène bien conduite et par les moyens thérapeutiques appropriés, la nutrition qui languit. Réveillez l'appétit, stimulez les fonctions du tube digestif, relevez les forces de votre malade, et alors, mais alors seulement, vous administrerez le mercure et l'iodure de potassium, toujours à petite dose, une cuillerée, deux au plus en un jour, de sirop de Gibert. Vous aurez cette fois jeté la semence dans un terrain bien préparé ; aussi ne tarderez-vous pas à recueillir le fruit de votre sage conduite et à voir vos efforts couronnés d'un plein succès.

VINGT-HUITIÈME LEÇON

Pemphigus.

Messieurs,

Deux maladies cutanées reconnaissent la bulle pour leur lésion mère ou primitive. Ces deux affections sont le rupia et le pemphigus. Le pemphigus est surtout la véritable affection bulleuse; la bulle du pemphigus est le type de la bulle. Nous avons vu que la bulle du rupia est fugace, elle ne dure pas; il en est d'elle ce qu'il en est des vésicules de l'eczéma, des vésicules de l'herpès aux parties génitales, des pustules de l'impétigo; son existence est presque insaisissable, tant elle est courte, tellement que le véritable caractère du rupia est bien moins sa bulle initiale que sa croûte persistante, noirâtre, épaisse, stratifiée, en écailles d'huîtres, humide et sanieuse, dont aucune autre affection ne possède et ne présente l'analogue.

Dans le pemphigus, au contraire, la bulle se montre avec tous ses caractères; elle est durable, persistante; on peut la voir, l'étudier à son aise, et c'est bien elle qui est vraiment le trait pathognomonique de cette affection.

qu'elle contenait, étant déversé au dehors, se concrète et forme, avec les débris épidermiques de la bulle rompue, une croûte mince, lamelleuse, jaunâtre, qui ne persiste que quelques jours. Quelquefois la durée de cette croûte est suffisante pour que l'ulcération dermique ait le temps de se cicatriser; et quand la croûte se détache, on trouve à la place qu'elle occupait une pellicule cicatricielle mince, rougeâtre, dont la coloration ne tarde pas à se rapprocher de celle de la peau saine ambiante, de sorte qu'il ne reste aucune trace, aucun vestige de la bulle du pemphigus. D'autres fois, la croûte se détache prématurément, laissant à nu l'ulcération, à la surface de laquelle une sécrétion humide, séro-purulente, continue à se produire; une nouvelle croûte se forme, suivie d'une autre encore. Le travail de sécrétion morbide continuant à s'opérer à la surface de l'ulcération, celle-ci se recouvre de lamelles épidermiques, foliacées, minces, blanchâtres, transparentes, souvent très-étendues, semblables à des écorces de bouleau, sans adhérence au derme sous-jacent, duquel elles émanent et dont e les se détachent d'elles-mêmes, pour être bientôt remplacées par des lamelles semblables. Il se produit là une abondante sécrétion d'épiderme remplaçant la sécrétion séreuse, s'exfoliant, et constituant la variété de pemphigus dénommée par M. Hardy *pemphigus foliacé*.

Cette dernière période du pemphigus précède la guérison, quand le pemphigus guérit, et alors on voit la sécrétion épidermique diminuer progressivement jusqu'à ce qu'enfin elle cesse absolument pour ne laisser à sa place qu'un épiderme normal, sain, qui ne garde aucune trace du pemphigus guéri. Il y a là quelque

chose qui rappelle la forme d'eczéma dite eczéma squammeux.

Mais dans des cas moins heureux la sécrétion épidermique continue avec une excessive abondance; elle se généralise; les lamelles épidermiques se détachent, s'exfolient aussitôt qu'elles sont produites; elles remplissent, en couche épaisse, le lit du malade; le sol en est jonché autour de lui; cette sécrétion épidermique, si abondante et si continue, ne tarde pas à l'épuiser, à l'amaigrir, à détruire ses forces; les fonctions physiologiques de la peau, profondément troublées, engendrent des complications intérieures, soit du côté des voies respiratoires, soit du côté des fonctions digestives; la fièvre hectique s'allume, augmente encore l'épuisement, et le malade succombe. Pour M. Hardy, c'est toujours le *pemphigus foliacé;* pour M. Bazin, *c'est l'herpétide maligne exfoliatrice*, dernier terme, dégénérescence, expression finale et la plus grave de quelques dermatoses, du psoriasis et du pemphigus en particulier.

DÉFINITION DU PEMPHIGUS.

Tel est le pemphigus considéré au point de vue des lésions anatomiques qui le constituent. Nous pouvons maintenant le définir en disant avec M. Baudot « qu'on désigne sous le nom de pemphigus une affection caractérisée, à sa période d'état, par des bulles d'un volume variable, de celui d'un petit pois à celui d'une grosse noix, remplies par un liquide séreux qui, après la rupture des bulles, se concrète en croûtes foliacées, laissant après elles des excoriations superficielles ou de simples macules ». Ajoutons, non suivies de cicatrices.

FORMES DU PEMPHIGUS.

Le pemphigus revêt deux formes essentiellement différentes : la forme aiguë et la forme chronique. Dans ces deux formes, il affecte des allures, il a une marche, une durée, une gravité, des symptômes si différents, que l'on peut considérer ces deux formes de la même maladie comme étant deux maladies différentes. M. Bazin, toujours prodigue de la multiplicité, des divisions et des dénominations, veut même consacrer cette différence par deux noms différents ; il veut que le mot *pemphigus* soit réservé exclusivement à la forme aiguë, et que le mot *pempholix* désigne la forme chronique. Voyons successivement chacune de ces formes.

PEMPHIGUS AIGU.

Cette forme est admise par presque tous les dermatologistes : Rayer, Cazenave, Schedel, Devergie, la décrivent en l'appelant *fièvre pemphigoïde* ou *pemphigode*, ou *fièvre bulleuse*. M. Bazin l'appelle *pemphigus pyrétique*, ou *pemphigus à petites bulles*, et l'affection qu'il décrit sous le nom d'*hydroa bulleux* n'en est qu'une variante, il le regarde avec raison comme un *pseudo-exanthème idiopathique*. Hébra professe une opinion absolument différente. Il refuse d'admettre le pemphigus aigu ; il s'exprime même à son sujet d'une manière aussi tranchée qu'originale : « Je n'ai jamais été, dit-il, assez heureux pour rencontrer un pemphigus présentant ces caractères. Non-seulement l'occasion ne s'en est pas offerte parmi les malades confiés à mes soins, dont le

nombre dépasse aujourd'hui 80 000, mais encore je m'appuie sur l'expérience de tous mes collègues de la ville, de l'hôpital général, ou des autres établissements noso-comiaux, pour une période de plus de vingt ans : cela représente un chiffre énorme de malades, qu'on peut évaluer à environ un million. Or, dans ce nombre, je n'ai pas encore observé un seul cas de pemphigus typique aigu, ayant une marche semblable à celle des exanthèmes. »

Malgré l'autorité d'Hébra, et bien que nous soyons loin d'avoir vu un nombre de malades aussi considérable que lui, nous admettons, comme une réalité incontestable, l'existence du pemphigus aigu, d'accord en cela avec les dermatologistes français.

Le pemphigus aigu est une véritable fièvre éruptive, une pyrexie, une fièvre essentielle; c'est une fièvre pemphigoïde, comme nous avons vu la fièvre érythémateuse, la fièvre miliaire, la fièvre herpétique. Elle est rare, beaucoup moins fréquente que les seules fièvres éruptives admises autrefois, c'est-à-dire la variole, la scarlatine, la rougeole, mais elle est aussi incontestable. Pour notre compte, nous en avons observé quelques cas, et notamment un tout dernièrement; nous l'avons rapporté dans notre article *herpès*.

Le pemphigus aigu est caractérisé par l'éruption, sur différents points du corps, et en particulier sur les membres inférieurs, de bulles, dont le volume varie entre celui d'une forte lentille et celui d'une noix; ces bulles apparaissent à peu près toutes en même temps, et d'une seule poussée. Elles ont été précédées d'accidents généraux, prodromiques, qui ont duré vingt-quatre ou quarante-huit heures, et qui ont consisté en courbature,

perte d'appétit, état saburral des premières voies digestives, diarrhée. Des douleurs, des cuissons, des élancements, une sensation de chaleur et même de brûlure se sont fait sentir dans les points où devait se produire l'éruption, et quand celle-ci s'est manifestée, ces accidents locaux et généraux ont subi une notable diminution; il y a eu, par le fait de l'éruption, une détente; cependant des troubles généraux persistent pendant toute la durée de l'affection, qui est de trois ou quatre semaines, et ces troubles généraux portent principalement sur les voies digestives; vous aurez à lutter contre une anorexie, quelquefois complète, contre des vomissements, contre une diarrhée séreuse, abondante, colliquative, entraînant une prostration très-prononcée et une notable diminution des forces.

Le pemphigus aigu se déclare habituellement à la suite de fatigues, d'excès qui ont appauvri le sang et détérioré la constitution Le pemphigus, même à l'état aigu, implique toujours l'idée d'un affaiblissement général. On l'observe surtout au printemps, et aussi pendant les températures excessives de froid et de chaleur, pendant les grands froids de l'hiver ou les grandes chaleurs de l'été, qui exercent toujours sur la constitution une influence fâcheuse et hyposthénisante.

On peut reconnaître, dans la marche et l'évolution du pemphigus aigu, quatre périodes :

La première période *est une période prodromique;* elle dure de 1 à 3 ou 4 jours; elle consiste dans les accidents généraux que nous avons mentionnés. Si quelque chose pouvait, pendant sa durée, faire présager l'éruption d'un pemphigus, si cette période prodromique avait, comme celle de la variole, de la rou-

geole, de la scarlatine, un caractère pathognomonique spécial, ce serait la diarrhée et la grande faiblesse ; la faiblesse beaucoup plus prononcée qu'elle ne l'est habituellement, au début d'une pyrexie, et la diarrhée intense, rebelle, que l'on a voulu expliquer par le fait d'une éruption pemphigoïde sur la muqueuse intestinale.

La deuxième période du pemphigus aigu *est une période érythémateuse ;* elle est caractérisée par la tache congestive, inflammatoire, érythémateuse, qui précède beaucoup de maladies de la peau, et qui, dans l'espèce, n'a rien de spécial ; elle dure de 1 à 2 jours.

La troisième période ou *période éruptive*, est signalée par l'apparition des bulles ; elle dure de 5 à 6 jours.

La quatrième période, que l'on peut appeler indistinctement période de *dessiccation*, période *croûteuse* ou d'*exfoliation*, est caractérisée par l'épaississement de la sérosité contenue dans la bulle ; cette sérosité, de claire et transparente qu'elle était, devient opaline, puriforme ; elle se concrète en une croûte lamelleuse, mince, jaunâtre, persistante, sous laquelle la sécrétion humide continue quelquefois, sous laquelle aussi s'opère le travail cicatriciel ; de sorte que, la croûte se détachant, elle ne laisse souvent à sa place qu'une tache pigmentaire qui finit par s'effacer, sans qu'il reste aucun vestige cicatriciel.

Telle est la marche et tels sont les symptômes du pemphigus aigu. Son pronostic est généralement favorable ; il se termine le plus habituellement par la guérison, dans l'espace de vingt à trente jours, lorsqu'il a revêtu sa forme la plus fréquente, celle que nous venons

de décrire, et que nous pourrions appeler *sa forme bénigne*.

Mais il en est du pemphigus aigu comme de la variole, comme de la scarlatine, comme de l'herpès zoster, comme de l'érysipèle : toutes ces fièvres éruptives se présentent le plus souvent sous la forme qui leur est la plus commune, et qui guérit généralement. Mais il arrive aussi quelquefois qu'il se mêle dans leur évolution et dans leurs lésions anatomiques un caractère *malin* qui les rend excessivement graves. C'est ainsi qu'il y a la variole noire ou hémorragique, l'érysipèle gangréneux, la scarlatine gangréneuse; c'est ainsi que nous avons vu un zona hémorragique et gangréneux.

Il y a de même un pemphigus aigu, *hémorragique* et *gangréneux*, qui constitue *la forme maligne* du pemphigus aigu ou de la fièvre pemphigoïde. Cette forme est caractérisée par des accidents généraux très-sérieux : une excessive prostration, une inappétence absolue, une peau sèche, un pouls petit, misérable ; en un mot, par les troubles généraux les plus graves. En même temps, on constate que les bulles, au lieu de contenir un liquide séreux, transparent et limpide, renferment une sérosité noirâtre, exhalant une odeur gangréneuse, et que la surface du derme, sur laquelle elles se sont développées, s'est escarrifiée et est devenue gangréneuse. Cette forme *maligne* de la fièvre pemphigoïde constitue un état excessivement grave; elle suppose une altération profonde du sang, une sorte de décomposition des liquides, d'empoisonnement général, une véritable scepticémie. La mort en est la conséquence presque inévitable.

Nous avons observé dans le courant de l'été dernier,

à l'hôpital Saint-Louis, un cas de cette forme rare et grave de la fièvre pemphigoïde. En voici l'observation, telle qu'elle a été recueillie par M. Muzelier, mon interne.

PEMPHIGUS HÉMORRAGIQUE GANGRÉNEUX.

Le nommé *Dantzer*, concierge, âgé de 74 ans, est entré, le 10 juillet 1875, salle Saint-Charles, où il occupe le numéro 45. C'est un homme d'une constitution robuste, presque athlétique, qui a joui durant toute sa vie d'une santé irréprochable. Dans sa profession actuelle, il n'éprouve aucune privation, il n'a pas d'habitudes alcooliques. On ne trouve dans ses antécédents aucun fait qui soit de nature à expliquer les accidents qui se déroulent aujourd'hui. Il y a quelques jours, le malade aurait été exposé pendant un temps assez long à l'influence de l'humidité, voilà la seule influence étiologique que nous ayons pu trouver. Il y a dix jours environ que l'affection actuelle a commencé. Le début a été marqué par l'apparition d'un *bouton* qui s'est montré à la partie inférieure de la jambe droite; des éléments éruptifs semblables ont apparu successivement les jours suivants sur la jambe droite et presque en même temps sur la jambe gauche. Il y a trois ou quatre jours seulement, une éruption semblable s'est formée sur la moitié inférieure des avant-bras et sur la face dorsale des mains; les parties malades ont été, dès le début, le siége d'une sensation de démangeaison et de brûlure très-atténuée aujourd'hui.

État actuel. — La figure est pâle, la teinte des téguments est jaunâtre, manifestement cachectique. Les

signes de *sénilité* sont peu accusés, le *cercle sénile* peu développé. L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien d'anormal, seulement les bruits cardiaques sont comme étouffés, le pouls lent, filiforme, difficile à saisir. Depuis quelque temps, le malade éprouve une sensation de soif continuelle et assez vive ; c'est la seule particularité que nous ayons notée du côté de l'état général. Sur la face dorsale des mains et notamment sur la face dorsale du poignet droit existent un certain nombre de pustules qui rappellent les pustules d'ecthyma, par le cercle érythémateux qui les entoure, mais qui sont déjà flétries et revenues sur elles-mêmes. Les *membres inférieurs* sont plus gravement atteints. Voici ce que l'on observe : sur la face antérieure des genoux, et sur la moitié inférieure de la face postérieure des cuisses, sont disséminées un certain nombre de pustules, qui présentent des caractères absolument semblables à celles que nous avons signalées sur la face dorsale des mains. Plus on approche de la partie inférieure des jambes, plus les lésions deviennent confluentes. Ces lésions consistent principalement en plaques de couleur brune ou grisâtre, de dimensions variables, les unes de la dimension d'une pièce de deux francs, les autres grandes comme une pièce de cinquante centimes ; quelques-unes enfin présentent des dimensions intermédiaires aux deux précédentes ; les unes sont recouvertes d'une simple lamelle épidermique, soulevée en phlyctène par un liquide séro-sanguinolent de couleur noirâtre ; les autres présentent la forme et l'aspect de pustules d'ecthyma, avec les particularités suivantes : ces pustules sont entourées d'une base rouge noirâtre, et présentent, à leur partie centrale, une large tache noire

en forme d'ombilic. Aux environs de la région malléolaire en particulier, elles sont encore plus accusées ; l'ombilication centrale est plus large et présente une coloration noirâtre qui donne à la pustule une ressemblance très-grande avec celle de la variole hémorragique. Dans la même région existent des bulles assez volumineuses, de couleur noirâtre formée par un liquide séro-sanguinolent, qui s'est déjà échappé en partie et a laissé sur la peau des croûtes d'une coloration noire remarquable. En certains points, il existe des ulcérations superficielles qui résultent de la rupture et de l'affaissement de phlyctènes ; toutes ces parties sont le siége d'un gonflement œdèmateux qui s'accompagne de rougeur des téguments et de douleur à la pression. Le gonflement disparaît complétement au-dessus du genou. Il n'y a guère de douleurs spontanées. Le malade se plaint seulement d'une sensation de brûlure et de démangeaison au niveau des parties affectées.

L'examen des urines ne révèle aucune trace d'albumine. L'examen au point de vue de la présence du sucre n'a été fait qu'ultérieurement.

Le traitement local consiste en cataplasmes de fécule de pommes de terre : le membre est placé sur un coussin élevé; à l'intérieur, on donne du vin de Bordeaux et une potion avec extrait de quinquina.

A la date du 14 *juillet.* — Nous observons les phénomènes suivants : le gonflement et la rougeur des membres inférieurs ont notablement diminué ; la plupart des pustules sont affaissées et flétries, mais on les reconnaît encore à leur ombilication centrale, qui se présente sous l'aspect d'une large tache noire ; à la

place des bulles existent des ulcérations circulaires assez profondes, dont le fond est recouvert d'un détritus gangréneux noirâtre. On ne voit aucune trace de poussée éruptive nouvelle. Le malade accuse lui-même un sentiment d'amélioration très-prononcé. Il n'y a rien à noter du côté de l'état général, sinon cette teinte jaune et cachectique des téguments qui s'accuse chaque jour davantage.

15 *juillet.* — Amélioration visible du côté des jambes. Il y a encore quelques bulles qui sont distendues par une sérosité sanguinolente. Les pustules dont nous avons suivi la disparition progressive se reconnaissent encore à leur tache centrale, mais elles se sont affaissées et, à leur place, existent des ulcérations superficielles, arrondies, à fond noirâtre. Depuis le début de son affection, le malade n'aurait eu aucune hémorragie. L'auscultation du cœur révèle, à cette date, les phénomènes suivants : les battements sont réguliers, mais séparés par de longs intervalles. L'impulsion cardiaque est extrêmement faible, les bruits n'ont pas leur netteté normale, ils sont mous et comme soufflés. Le pouls trahit, par sa mollesse, la faiblesse de l'impulsion cardiaque, les artères ne présentent pas, au toucher, les signes d'une dégénérescence sénile très-avancée.

16 *juillet.* — L'état local ne présente guère de modification. Sur la face dorsale des pieds, il s'est formé un certain nombre de bulles nouvelles, de couleur noire semblable à celle de l'encre, remplies d'un liquide sanguinolent. A la place des anciennes bulles et des pustules, on voit des ulcérations de forme circulaire

ou ovale, comblées en partie par des escarres minces et noirâtres. On continue l'usage des cataplasmes de fécule, les membres sont maintenus élevés sur des coussins. — Bordeaux, extrait de quinquina, deux portions.

18 *juillet*. — Sur la face dorsale des mains existe une éruption nouvelle de bulles noires, de petite dimension, saillantes, très-semblables à des grains de cassis. Des bulles de même forme, mais un peu plus volumineuses, existent également sur la face dorsale des pieds. On retrouve à la face plantaire deux ou trois bulles assez considérables. Enfin on note, à la face antérieure de la cuisse droite, la présence de deux ou trois pustules d'ecthyma, de petite dimension, qui sont évidemment de formation tout à fait récente. L'état général reste en apparence satisfaisant; les escarres dont nous avons signalé l'existence au niveau des ulcérations des membres inférieurs sont actuellement en train de se détacher sous l'influence des applications humides.

20 *juillet*. — Pas d'éruption nouvelle ; toutes les bulles se sont affaissées ; l'élimination des escarres continue, le facies du malade devient de plus en plus cachectique, les téguments offrent une couleur jaune paille de plus en plus prononcée. — Potion de Todd avec 50 grammes d'eau-de-vie.

Les jours suivants, on ne constate aucun changement notable dans l'état du malade ; l'élimination des escarres continue ; sur plusieurs points, on peut voir le fond des ulcérations, bourgeonnant et d'un rose vif.

26 *juillet.* — L'état local s'améliore; l'œdème des jambes a disparu; la plupart des escarres s'étant détachées, on peut voir nettement la forme et la profondeur des ulcérations dont les unes, de forme circulaire, beaucoup plus profondes, répondent aux pustules d'ecthyma, les autres superficielles, recouvertes en partie de débris épidermiques, représentent la trace des bulles; l'état général ne présente guère de changement; cependant le malade aurait, au dire des infirmiers, une grande voracité pour les aliments; en outre, il éprouve une soif continuelle et assez vive.

30 *juillet.* — L'examen des urines, réitéré à cette époque, décèle la présence d'une certaine proportion de glucose. Cette proportion n'a point été dosée; pas d'albumine; l'urine est d'un ronge foncé, légèrement sédimenteux.

31 *juillet.* — Il y a eu dans la journée d'hier une légère épistaxis. On constate un changement notable dans l'état des parties malades, au niveau de la jambe gauche; cette jambe est œdématiée et présente dans ses 2/3 inférieurs une coloration inflammatoire d'un rouge intense, qui s'étend en arrière jusqu'à la limite supérieure du mollet, où elle se termine par une ligne courbe à convexité supérieure; la peau est légèrement tendue, douloureuse au toucher; à la face interne du genou existent quelques traînées d'un rose pâle, légèrement douloureuses à la pression. Les ganglions cruraux ne sont ni engorgés ni sensibles; du côté de la jambe droite, rien de semblable, sinon un peu d'œdème de la face dorsale du pied et de la région malléolaire. Il n'y a

pas de trace d'éruption nouvelle; l'élimination des escarres continue; facies cachectique, teinte jaune marquée des téguments, teinte subictérique des conjonctives; la langue est brune et très-sèche; aucune trace de complication thoracique jusqu'à présent.

2 *août.* — Affaiblissement de plus en plus marqué du malade, pouls petit et filiforme, impulsion cardiaque très-faible, léger bruit de souffle à la pointe. Le malade se plaint aujourd'hui de douleurs vives dans le bras droit, soif continuelle, anorexie, langue sèche et noirâtre, dents légèrement fuligineuses. L'examen des urines, fait au moyen de divers réactifs, décèle toujours la présence d'une notable quantité de sucre; la jambe gauche est rouge, tendue, douloureuse à la pression. Cependant ces phénomènes ne sont pas plus marqués depuis deux jours; il n'y a pas eu de nouvelles manifestations hémorragiques.

5 *août.* — L'état cachectique est de plus en plus manifeste; les téguments présentent une teinte jaune paille, l'affaiblissement est excessif; teinte ictérique des conjonctives. Mort le 6 août, à 4 heures du matin.

Autopsie. — Le cerveau et la moelle n'ont pas été examinés.

ORGANES THORACIQUES. — 1° *Poumons.* — Ils sont congestionnés dans une grande étendue ; à part cela, intégrité complète de leur tissu.

2° *Cœur.* — Très-volumineux, dilaté, revêtement graisseux, extérieur très-épais. Le *myocarde* présente une teinte jaunâtre; la valvule mitrale a ses dimen-

sions normales, mais il existe à son pourtour quelques noyaux durs, correspondant à des noyaux de calcification. Les valvules sigmoïdes de l'orifice aortique présentent des noyaux durs et calcaires au niveau de leur bord libre. On trouve des lésions analogues dans l'aorte thoracique, c'est-à-dire des plaques calcaires qui se détachent nettement sur le fond rouge sombre de la membrane interne; l'artère fémorale gauche présente des lésions toutes semblables, c'est-à-dire des plaques athéromateuses et calcifiées, échelonnées de distance en distance sur sa paroi interne.

PEMPHIGUS CHRONIQUE.

C'est le véritable pemphigus, le plus fréquent, le plus commun. C'est la forme sous laquelle Willan l'a décrit en lui donnant le nom de *pompholix diutinus.* Il se présente sous cette forme avec un très-grand nombre de variétés, d'aspects différents, de manières d'être qui rendent sa description difficile.

Variétés du pemphigus. — Tantôt il consiste en une éruption de bulles nombreuses qui s'élèvent en même temps sur toutes les surfaces que la maladie doit occuper : c'est le *pemphigus simultaneus ;* tantôt, au contraire, les bulles n'apparaissent que successivement, les unes après les autres, et souvent après des intervalles irréguliers de plusieurs semaines, même de plusieurs mois : c'est le *pemphigus successivus.*

Les bulles peuvent être nombreuses, pressées les unes contre les autres : c'est le *pemphigus confluent.* Elles peuvent être, au contraire, à distance les unes des

autres : c'est le *pemphigus discret* ou *disseminatus*. Il peut n'y en avoir qu'une seule à la fois : c'est le *pemphigus solitarius*.

Quelquefois il procède par poussées qui se reproduisent avec des intermittences presque régulières et périodiques : c'est le *pemphigus intermittent successif*.

Quand la lésion cutanée consiste, moins en bulles qui sont peu nombreuses, souvent même difficiles à constater, qu'en une sécrétion épidermique abondante, se produisant incessamment sur une surface dermique humide, se détachant et s'exfoliant sous forme de squames blanchâtres, transparentes, roulées sur leurs bords, c'est la variété décrite par Cazenave et par le professeur Hardy sous le nom de *pemphigus foliacé*.

Lorsque l'état général reste bon, que l'éruption est peu abondante, que les bulles sont peu volumineuses et que la guérison s'opère progressivement, c'est alors la variété désignée par Hébra sous le nom de *pemphigus vulgaris benignus*.

Lorsque, au contraire, le pemphigus s'est développé sur une santé générale délabrée, sur une constitution usée, épuisée par les excès, la misère ou les maladies, c'est alors le *pemphigus cachecticus*.

Enfin, si le pemphigus existe chez des vieillards épuisés par l'âge, c'est le *pemphigus senilis*. Si, au contraire, il se déclare sur des enfants à la mamelle, c'est le *pemphigus infantilis* ou *neo-natorum*.

Hébra désigne encore sous le nom de *pemphigus simulé* ou de *cause externe* celui qui résulte de l'application sur la peau d'ammoniaque, de poudre de cantharides, de garou, d'eau bouillante; celui qui est causé par la compression de vêtements trop serrés, par le frottement

de chaussures neuves, dures et trop étroites, dans une marche prolongée ; mais, ainsi qu'il le fait remarquer avec raison, il y a là de simples ampoules artificielles plutôt qu'un véritable pemphigus.

M. Bazin décrit un *pemphigus arthritique* que, pour notre compte, nous n'admettons pas ; mais nous reconnaissons l'existence d'un *pemphigus herpétique*, d'un *pemphigus syphilitique*, d'un *pemphigus cachectique* et d'un *pemphigus symptomatique de la lèpre*.

Telles sont les principales variétés décrites par les auteurs dans le pemphigus chronique, ou, en d'autres termes, dans le genre pemphigus, car, laissant maintenant de côté, et à l'écart, le pemphigus aigu, comme une affection spéciale et tout à fait à part, nous n'appellerons plus pemphigus que celui qui revêt la forme chronique, et qui, nous l'avons déjà dit, est le véritable pemphigus. Il existe une telle différence au point de vue de la marche, de la gravité et de la terminaison, entre le pemphigus aigu et le pemphigus chronique, que M. Bazin, ainsi que nous l'avons déjà dit, a proposé de réserver le nom de *pemphigus* pour l'affection *bulleuse aiguë*, et de donner celui de *pompholix* à l'affection *bulleuse chronique*.

Or, quelle que soit la variété sous laquelle se présente le *pemphigus* ou *pompholix*, la lésion anatomique qui le constitue est toujours la même ; c'est toujours la bulle dont nous avons parlé, que nous avons décrite en commençant, et sur laquelle nous n'avons pas besoin de revenir.

DÉVELOPPEMENT, DURÉE, SYMPTOMES, NATURE ET TERMINAISON DU PEMPHIGUS

Le pemphigus débute le plus souvent sans accidents prodromiques; il survient au milieu d'une santé assez normale. Le malade n'en est averti que par l'éruption elle-même, qui s'opère habituellement sans troubles généraux. Elle est accompagnée d'une sensation de prurit et de démangeaison dans les endroits sur lesquels s'élèvent les bulles. Celles-ci se développent, ainsi que nous l'avons déjà dit, le plus souvent sur des surfaces primitivement érythémateuses. Quelquefois cependant elles apparaissent sur la peau saine. Les membres inférieurs, les jambes, les cuisses sont les parties le plus souvent envahies; puis, ce sont les membres supérieurs, la face dorsale des mains, les avant-bras et les bras. Le tronc tout entier est encore le siége du pemphigus, qui gagne quelquefois les muqueuses extérieures. Ainsi on voit des bulles de pemphigus dans la bouche, sur le voile du palais, sur le pharynx, sur la face interne du prépuce, sur le gland, sur la vulve, sur le vagin et jusque sur le col de l'utérus. On prétend même en avoir observé sur la muqueuse intestinale, et c'est à l'existence de ces bulles intestinales qu'on voudrait attribuer la fréquence et la gravité des accidents intestinaux, des coliques et de la diarrhée dans le cours du pemphigus. Lorsque les bulles du pemphigus se déclarent sur les muqueuses, elles se rompent très-vite, laissant après elles une ulcération superficielle suintante et une exfoliation épithéliale qui ont pu, dans certains cas, faire croire à l'existence de plaques muqueuses.

Lorsque l'éruption a lieu sur la partie postérieure du tronc, sur toutes les régions qui sont sujettes à des pressions, à des adhérences, dans le décubitus dorsal, les bulles se crèvent encore prématurément; le derme ulcéré est mis à nu, et si les ulcérations sont nombreuses, il en résulte des douleurs très-vives, une gêne excessive dans tous les mouvements, un suintement, une sécrétion très-abondante, et par suite un sentiment de malaise, d'impatience porté au plus haut degré, de la fièvre, de l'insomnie, de l'inappétence et bientôt un épuisement avant-coureur de la mort.

Le pemphigus *solitarius* est rare, c'est-à-dire que l'éruption consiste rarement en une seule bulle; le plus souvent il y en a plusieurs, et c'est aux membres inférieurs qu'elles commencent à apparaître ; elles se manifestent par poussées successives ; l'intervalle qui sépare les poussées est plus ou moins considérable : tantôt ce n'est qu'après que la première poussée a eu le temps de s'éteindre, de disparaître et de se cicatriser complétement, que la deuxième apparaît, et même il s'écoule souvent plusieurs semaines entre la disparition de la première et la manifestation de la seconde, tellement que le malade a pu se croire guéri et à l'abri de toute poussée nouvelle ultérieure.

Les poussées ne varient pas seulement par l'intervalle qui les sépare, elles varient encore par le nombre et la dimension des bulles qui les constituent. En général, plus les bulles sont nombreuses et volumineuses, plus le cas est grave; et plus les poussées sont nombreuses, abondantes et rapprochées, plus le pronostic sera sérieux.

Si vous voyez, dans l'évolution du pemphigus, les

poussées s'éloigner de plus en plus, produire chaque fois des bulles moins nombreuses et moins volumineuses, vous pouvez espérer la guérison ; si, au contraire, les poussées se multiplient, si les bulles deviennent plus nombreuses et plus considérables, portez, par cela même, le pronostic le plus fâcheux.

Il y a des maladies de la peau dont l'existence implique toujours un état général fâcheux ; elles sont liées à une constitution fatiguée, détériorée, à une altération du sang. Ainsi en est-il du *purpura*, qui consiste en taches hématiques, résultant d'une extravasation sanguine ; le sang, altéré dans sa nature, défibrinisé, filtre à travers les mailles des vaisseaux, devenus impuissants à le retenir, et s'épanche dans la trame cellulaire, sous forme de taches d'une étendue variable. Ainsi en est-il de l'ecthyma, dans sa forme la plus grave, que nous avons appelée *ecthyma cachecticum ;* ainsi en est-il surtout du *rupia*, qui annonce toujours, quelle que soit sa forme, un degré plus ou moins avancé et plus ou moins prononcé d'affaiblissement général, de dégradation des forces, d'appauvrissement du sang.

Le pemphigus est une de ces maladies : quelle que soit sa forme, il est toujours par lui-même, par le seul fait de son existence, le symptôme d'un état cachectique ; le plus souvent, il est purement et exclusivement *cachectique*. Il n'indique qu'une seule chose, à savoir que la constitution est plus ou moins profondément atteinte dans sa force, dans sa vitalité. Aussi le pemphigus que nous avons appelé *cachectique* est-il de beaucoup le plus fréquent, le plus commun.

Le *pemphigus cachecticus* est celui que vous rencontrerez le plus souvent. Vous le verrez à tous les âges de

la vie : chez l'enfant nouveau-né, mal logé, mal nourri, mal soigné ; chez des gens débilités par des excès, par des maladies, par des privations, par une mauvaise hygiène ; vous le verrez chez des vieillards épuisés par l'âge et dans la décrépitude sénile.

Le *pemphigus cachecticus* commence souvent par ne produire qu'une seule bulle à la fois ; une seconde se manifeste quand la première a cessé d'exister. Le pemphigus est, dans ce cas, à la fois *solitarius* et *successivus.* Mais les poussées nouvelles deviennent plus abondantes, et au lieu d'une seule bulle, comme au début de la maladie, on en voit apparaître un nombre plus ou moins considérable ; et la dimension de ces bulles s'accroît progressivement avec leur nombre. Le siége le plus habituel du pemphigus cachecticus se trouve sur les membres inférieurs.

Le *pemphigus herpétique* ou *dartreux* constitue une *herpétide maligne.* Sans doute il est la manifestation de la diathèse herpétique ; mais s'il devient le symptôme de cette diathèse, c'est qu'elle existe en même temps qu'un état général mauvais ou cachectique. Rappelez-vous ce que nous avons dit du *rupia herpétique* et comment nous l'avons expliqué. La même explication convient de tout point au pemphigus herpétique.

Il est caractérisé par une éruption de bulles arrondies, ayant un volume qui varie depuis celui d'une noisette ou d'une noix jusqu'à celui d'un œuf de poule et quelquefois même de dinde. Ces bulles sont remplies d'un liquide citrin, clair, transparent ; elles se développent par poussées successives et se terminent par la formation de croûtes minces et foliacées.

Au bout de quatre à cinq ou six jours, les bulles s'af-

faissent, soit par la rupture de l'épiderme, soit par la résorption du liquide; elles se recouvrent alors de croûtes lamelleuses minces et foliacées, croûtes fournies par un double élément : un élément humide concrété, qui tend à devenir de moins en moins abondant, et qui, à un moment donné, disparaît même complétement; et un élément épidermique, produit d'une sécrétion morbide, qui d'abord existe en même temps que l'élément humide, et qui finit par se substituer complétement à lui, de sorte que les croûtes ne sont guère plus constituées que par de l'épiderme. Cette sécrétion épidermique se produit incessamment sur les surfaces occupées primitivement par les bulles; les lamelles qui la constituent n'adhèrent faiblement au derme que par un seul de leur côté; dans le reste de leur étendue, elles s'en séparent d'elles-mêmes, se rompent, s'exfolient et se détachent, comme se détachent les feuilles de l'écorce de certains arbres, du bouleau, par exemple.

Cette exfoliation constitue, pour le pemphigus dartreux, une nouvelle période, une période *squammeuse* qui succède à la période *bulleuse ;* elle existe tantôt seule, sans aucun mélange de bulles, et quelquefois avec quelques bulles rares, apparaissant de loin en loin au milieu d'une abondante sécrétion épidermique, exfoliée, comme pour affirmer qu'il s'agit toujours d'un pemphigus. Cette période de squames et d'exfoliation se continue pendant un temps indéterminé. Elle dure des mois et même des années, et a presque toujours une terminaison fatale. Elle a été décrite par M. Cazenave d'abord, et ensuite par M. Hardy, sous le nom de *pemphigus foliacé*.

Mais lorsque toute sécrétion bulleuse a cessé, lorsqu'il n'y a plus absolument qu'une sécrétion épidermi-

que sèche, lorsque cette sécrétion épidermique s'est généralisée au point d'occuper toute l'étendue du corps, sans laisser le moindre intervalle, le moindre espace de peau saine; alors il y a là évidemment une autre affection, une affection nouvelle, issue du pemphigus, mais qui n'en présente plus les caractères et qui par conséquent n'est plus un pemphigus.

Cette affection nouvelle, à laquelle M. Hardy veut, à tort, laisser le nom de *pemphigus foliacé*, a été désignée, avec raison, par M. Bazin, sous le nom d'*herpétide maligne exfoliatrice;* nous nous en occuperons dans la prochaine séance.

L'*herpétide maligne exfoliatrice* est donc une des terminaisons, et comme un aboutissant et une dégénérescence du pemphigus herpétique.

Le *pemphigus syphilitique* existe-t-il chez l'adulte? Ni M. Hardy, ni M. Bazin, ni Hébra ne le mentionnent comme une des lésions cutanées symptomatiques de la syphilis; ils n'en citent pas d'exemple; pour nous, nous n'en avons jamais vu de bien authentique, et, par conséquent, nous le révoquons en doute.

Mais, chez les nouveau-nés issus de parents syphilitiques, on trouve des bulles de pemphigus occupant la paume des mains, la plante des pieds, le pourtour des organes génitaux. Ces bulles existent concurremment avec le coryza syphilitique, avec des plaques muqueuses; or, sont-elles *une lésion syphilitique par leur nature?* Ou ne sont-elles que *l'expression d'une cachexie, résultant de la syphilis congénitale?* C'est là une question difficile à bien élucider. Toujours est-il que l'existence de ces bulles de pemphigus chez des nouveau-nés a été considérée comme étant de nature syphilitique, et

comme caractérisant chez eux la syphilis congénitale.

Le *pemphigus lépreux* (léproïde bulleuse), se caractérise par les accidents, par les lésions et les troubles fonctionnels pathognomoniques de la lèpre : ainsi, l'anesthésie cutanée et les larges plaques jaunes cuivrées. Mais là encore le pemphigus *appartient-il à la lèpre?* Ou n'est-il que *la simple expression de la cachexie, dont la lèpre est l'origine?*

Nous avons dit que le pemphigus se déclare souvent sans que la santé générale en paraisse sensiblement atteinte. Souvent rien n'est changé dans l'état du malade ; des bulles s'élèvent, elles parcourent les différentes périodes de leur évolution, elles disparaissent, et sont ensuite remplacées par d'autres bulles ; les poussées se succèdent ainsi pendant un temps quelquefois très-long, sans que la constitution paraisse en souffrir. A peine si quelques cuissons, quelques sensations de brûlure se manifestent dans les points occupés par les bulles.

Mais, au bout d'un certain temps, la scène change ; les poussées deviennent plus rapprochées, les bulles plus nombreuses, plus volumineuses, et même, en supposant qu'il n'en soit pas ainsi, que les bulles gardent leur volume primitif, et qu'elles ne se multiplient pas davantage, la persistance de l'éruption bullaire, de la sécrétion séreuse ou séro-purulente, et de la sécrétion épidermique, toutes ces conditions réunies finissent par imprimer à la santé générale un degré d'affaiblissement dont les progrès sont plus ou moins rapides et plus ou moins prononcés.

Rappelons-nous que le pemphigus est toujours lié à un certain degré de cachexie, d'altération constitutionnelle, d'affaiblissement général ; or, ne voyez-vous

pas que cette sécrétion incessante du liquide contenu dans les bulles, et ensuite exhalé à la surface des points qu'elles occupaient, va devenir une nouvelle cause d'affaiblissement? Ne voyez-vous pas que cette production si abondante d'épiderme, qui s'exfolie et se détache incessamment à la suite de l'ouverture des bulles, va devenir un principe nouveau d'épuisement pour une constitution déjà fatiguée? En sorte que le pemphigus, produit par un état cachectique, ne tarde pas à augmenter cette cachexie dont il est la manifestation.

Mais ce n'est pas tout : les bulles en se multipliant finissent par envahir presque toute l'étendue du corps, et quand elles se sont ouvertes, la plus grande partie de la peau est occupée par les ulcérations qu'elles recouvraient. Ces ulcérations, au contact de l'air, aux frottements exercés par les vêtements, par les draps du lit, deviennent très-douloureuses; elles s'enflamment; sous l'influence de cette inflammation, elles sécrètent un liquide séro-purulent abondant, puis des squames épidermiques nombreuses. A l'épuisement résultant de cette double sécrétion vient donc s'ajouter la douleur, une douleur incessante, une sensation de chaleur, de cuisson, de brûlure, de déchirement, qui se produit par le fait du poids du corps sur les parties malades, et des adhérences qui se trouvent rompues aux moindres mouvements.

Il ne vous est pas difficile de comprendre que, quand les choses en sont arrivées là, tout espoir de guérison est perdu; l'appétit est aboli, le sommeil est impossible, la fièvre hectique s'allume, la langue se sèche, la prostration devient extrême et le malade ne tarde pas beaucoup à s'éteindre dans l'épuisement.

Ce n'est pas tout encore : les fonctions physiologiques de la peau se trouvent abolies ; le derme, dépouillé de son feuillet épidermique protecteur, est à nu sur une large surface ; il en résulte de fréquentes métastases ou tout au moins de fréquents retentissements morbides sur les muqueuses bronchiques et gastro-intestinales, des bronchites graves, de la dyspnée, de la suffocation, une anorexie complète, une diarrhée incoercible qui vient s'ajouter à toutes les autres causes d'épuisement et précipiter la terminaison fatale.

Telle est la marche la plus habituelle et telle est la terminaison la plus fréquente du pemphigus.

PRONOSTIC DU PEMPHIGUS.

Vous porterez donc sur lui un pronostic toujours grave. Le pronostic sera grave, parce que le seul fait de son existence suppose déjà un degré de cachexie ou du moins de prédisposition fâcheuse ; il sera grave en outre, parce que l'évolution du pemphigus, les accidents, les complications qu'il entraîne ont pour effet constant de développer, d'aggraver et d'activer dans sa marche la cachexie qui lui avait donné naissance.

La mort est donc la terminaison la plus habituelle du pemphigus ; elle arrive plus ou moins tard, mais elle finit par arriver.

Cependant il y a des cas de guérison ; ils sont indiqués par la diminution de l'intensité de l'éruption, par la diminution du volume et du nombre des bulles, par l'éloignement de plus en plus considérable des poussées, et aussi par un état satisfaisant de la santé générale. Mais, nous le répétons, les cas de guérison sont les plus rares.

TRAITEMENT DU PEMPHIGUS.

Le pemphigus aigu étant une pyrexie, le traitement que vous devrez instituer pour le combattre sera celui des fièvres éruptives. Ainsi, pendant la période prodromique, s'il y a un état suburral, donnez un vomitif; il est indiqué par l'état des voies digestives. Les vomitifs, vous le savez, par les efforts des vomissements qu'ils déterminent, portent à la peau; ils sont diaphorétiques; à ce titre, ils sont indiqués comme favorisant l'éruption.

Quand l'éruption s'est produite, évitez que le malade ne se gratte, de peur que les bulles, violemment ouvertes par l'action des ongles, ne donnent lieu à des ulcérations, à des inflammations dermiques dont la douleur deviendrait une véritable complication.

Quand l'éruption est dans sa période de déclin, donnez une ou deux purgations salines; si, dans l'évolution de la maladie, la fièvre a été intense, tenez le malade à une demi-diète, donnez-lui des médicaments tempérants, des boissons émollientes, laxatives et diurétiques.

Rien donc de spécial pour ce qui concerne la médication du pemphigus aigu, qui, abandonné à lui-même, guérirait tout seul.

Nous avons dit que le vrai pemphigus, c'est le *pompholix diutinus* de Willan. C'est lui qui constitue une affection éminemment grave, chronique, d'une durée indéterminée, entraînant toujours les plus grands dangers et se terminant le plus souvent par la mort. C'est donc contre lui surtout qu'il faudrait pouvoir agir par

une médication sagement déduite de la nature de la maladie, de ses lésions anatomiques et de ses symptômes.

Or, si nous consultons Hébra, il nous avouera qu'il ne connaît aucune manière de guérir le pemphigus par des remèdes internes. Pour lui, tout le traitement doit être local ou externe; il ne soigne que la lésion anatomique, c'est-à-dire la bulle. Le moyen qu'il préconise surtout, celui qui lui a le mieux réussi, ce sont, nous dit-il, les *bains simples continus*, prolongés sans discontinuité, nuit et jour, pendant des mois entiers. Il fait garnir une baignoire de couvertures de laine; il y place un oreiller de poil de cheval; l'eau s'y renouvelle par un appareil spécial. Le malade y est installé aussi confortablement que possible, nuit et jour, ne sortant que juste le temps nécessaire pour l'accomplissement des fonctions alvines, et cela pendant plus de *trois mois consécutifs*. « Je puis citer, nous dit ce professeur, un de mes malades qui commença par rester cent jours et cent nuits sans interruption dans le bain, en en exceptant seulement le temps nécessaire aux fonctions alvines. Neuf mois après, une récidive se déclara, et il revint alors aux bains et y resta continuellement pendant cent neuf jours et cent neuf nuits. Il fut guéri du pemphigus. »

Hébra rapporte quelques autres observations de guérison du pemphigus obtenues par ce moyen. Il avoue que ces bains continus et prolongés n'ont pas toujours réussi; mais il affirme que, du moins, ils ont toujours atténué les douleurs, et que, dans aucun cas, ils n'ont été nuisibles.

M. Bazin partage le scepticisme d'Hébra relative-

ment à la valeur d'un traitement interne quelconque pour le pemphigus chronique : « La médication anti-herpétique, dit-il, a échoué dans le traitement des pemphigus herpétiques que nous avons observés. Les préparations arsenicales non-seulement n'ont pas agi, mais encore souvent elles ont produit des troubles gastriques ou des phénomènes cutanés qui ont obligé de suspendre le médicament..... Il faut donc le plus souvent se borner à un traitement basé sur les symptômes. » Comme moyens locaux, M. Bazin, à l'exemple de M. Devergie, propose les poudres siccatives, absorbantes et isolantes d'amidon, de tan, de vieux bois, etc.

Nous ne sommes malheureusement pas plus avancé que MM. Hébra, Bazin et Devergie ; nous ne connaissons pas un traitement curatif pour le pemphigus ; l'arsenic, si utile quand il s'agit de la plupart des autres dermatoses, est mal supporté ; il ne tarde pas à amener des douleurs gastriques, des coliques et de la diarrhée ; ce défaut de tolérance tient aux complications gastro-intestinales, habituelles dans le pemphigus. Il faut donc renoncer à l'emploi de l'arsenic.

Si donc l'on ne peut espérer guérir dans la majorité des cas le pemphigus, il faut du moins s'efforcer de reculer le plus possible sa terminaison fatale ; or, voici les indications qui nous paraissent les plus importantes à remplir, et voici en même temps les moyens qui nous semblent les meilleurs.

1° *Traitement interne.* — Le pemphigus chronique est toujours une maladie *cachectique*, un symptôme de cachexie ; or il faudra administrer des toniques, des reconstituants ; une alimentation aussi succulente que

possible ; de la viande crue, des viandes rôties, saignantes, des vins généreux, tanniques, du vin de quinquina, des infusions de quassia amara, de la macération de quinquina, etc., des ferrugineux; des eaux minérales toniques, telles que les eaux de la Bauche, d'Orezza, etc.

Le pemphigus chronique est, habituellement, lié à des troubles gastro-intestinaux qui empêchent l'appétit, et contribuent à l'épuisement des malades par la diarrhée, dont ils sont la cause.

Or il faudra porter la plus grande attention aux fonctions digestives, éviter, avec le plus grand soin, tout ce qui pourrait surcharger ou irriter l'estomac et l'intestin, soit en médicaments, soit en aliments. Il faudra soutenir les fonctions digestives par :

L'élixir stomachique amer de Stoughton.

En donner dans un quart de verre d'eau froide une cuillerée à café avant chacun des trois repas.

Ou bien par la strychnine, ainsi formulée :

Eau distillée.	120 grammes.
Sulfate de strychnine. . . .	2 centigrammes.
Sirop de menthe	30 grammes.

Donner une cuillerée à soupe de cette potion au commencement de chaque repas.

Ou bien dans une cuillerée d'eau :

Teinture amère de Baumé.

Deux gouttes en commençant aussi chaque repas.

Et si quelques menaces de diarrhée se produisaient,

faire prendre, soit au commencement, soit à la fin de chaque repas, dans une cuillerée d'eau :

Laudanum de Sydenham.

Deux gouttes, avec ou sans sous-nitrate de bismuth.

En un mot, soutenir, reconstituer le malade, tout en ménageant les organes digestifs, et en combattant les accidents qui peuvent se produire de ce côté. La même surveillance attentive devra être exercée sur les voies et fonctions respiratoires, car les complications du pemphigus ne sont pas rares non plus de ce côté, et elles ne sont pas moins redoutables que celles qui portent sur les voies digestives.

2° *Traitement externe.* — Les indications à remplir du côté de la peau malade sont les suivantes : éviter autant que possible tout ce qui peut rompre les bulles, parce que, une fois les bulles rompues, les parties dermiques qu'elles recouvraient subissent le contact irritant de l'air, des vêtements et des pièces de pansement. Sous l'influence de cette irritation, la sécrétion séro-purulente continue, se prolonge et augmente, en même temps que des douleurs vives sont la conséquence des contacts impossibles à éviter entre les vêtements, le lit, ou les siéges qui supportent le poids du corps. Par conséquent, on ne prescrira ni bains, ni cataplasmes. Les applications de poudres de MM. Devergie et Bazin ne remplissent que très-imparfaitement cette importante indication ; elles se déplacent, laissent à nu les parties sur lesquelles elles avaient été appliquées, forment des

grumeaux qui deviennent comme autant de petits corps contondants pour les parties dermiques dénudées avec lesquelles elles sont en contact.

Les bains prolongés pendant deux, trois mois et plus, d'Hébra, sont d'un emploi difficile, dans la clientèle de ville surtout; nous ne sommes pas, du reste, convaincus de leur innocuité; nous pensons que les malades doivent finir par y éprouver un grand sentiment de malaise, et qu'ils doivent s'en trouver très-affaiblis. Nous avons été à même de constater, dans le traitement de certaines maladies mentales, l'effet hyposthénisant des bains prolongés : or, lorsque déjà le malade est affaibli par son pemphigus, le tenir plongé dans un bain tiède pendant un temps aussi long, c'est évidemment le soumettre à une nouvelle cause d'affaiblissement. Malgré l'autorité d'Hébra, nous ne saurions approuver ce mode de traitement, au moins d'une manière aussi exclusive.

M. Hillairet, notre collègue à l'hôpital Saint-Louis, a eu l'idée d'appliquer au pemphigus l'enveloppement ouaté préconisé par M. Alphonse Guérin pour les plaies et les divers traumatismes. C'est un moyen ingénieux, simple, facile, qui nous donne de bons résultats et que je vous recommande.

Nous appliquons, sur toutes les surfaces couvertes par les bulles, des cardes, ou feuilles de ouate, et nous les y maintenons par des tours de bande. Elles forment des coussinets doux, élastiques, qui amortissent les contacts et rendent les pressions supportables pour les parties ulcérées; elles préservent ces parties de toute irritation venant du dehors; par conséquent, elles favorisent leur cicatrisation et tendent à arrêter leur sécré-

tion morbide, si débilitante pour le malade. On peut appliquer la ouate seule et la laisser à demeure, de manière à faire un véritable pansement par occlusion ; on peut encore enduire cette ouate d'une couche de liniment oléo-calcaire, comme on le fait dans le traitement des brûlures. Tel est le meilleur mode de traitement externe que nous connaissions pour le pemphigus ; nous vous le recommandons comme étant moins imparfait que les autres.

VINGT-NEUVIÈME LEÇON

Herpétide maligne exfoliatrice.

Messieurs,

L'affection qui fera le sujet de cette conférence n'est pas absolument nouvelle pour vous. Lorsque, tout récemment, nous avons étudié ensemble le psoriasis et le pemphigus, je vous ai dit qu'une de leurs terminaisons possibles, mais, fort heureusement, rare, est l'herpétide maligne exfoliatrice. Depuis cette époque, un malade est entré dans mes salles, sous le coup de cette redoutable expression de la diathèse herpétique; et je saisis avec empressement cette occasion de vous en présenter un des plus remarquables exemples.

L'herpétide exfoliatrice a été signalée comme entité morbide par M. Bazin ; son existence est loin d'être admise par tous les dermatologistes; M. Hardy ne l'admet pas. Quant à moi, si vous m'avez entendu parfois ici même combattre les opinions de l'éminent défenseur de l'arthritis, j'éprouve une véritable satisfaction à déclarer qu'en cette circonstance je me range complétement à son avis.

Sous le nom d'herpétide maligne exfoliatrice,

M. Bazin a désigné une maladie de la peau, de nature herpétique, remarquable par sa généralisation, et caractérisée par la production d'innombrables lamelles épidermiques qui se détachent incessamment de la surface cutanée. Au point de vue anatomique, l'élément essentiel est donc ici l'*exfoliation* de l'épiderme. Elle s'effectue par lambeaux de largeur variable, toujours très-minces et qu'on a comparés plus ou moins heureusement à des pelures d'oignon ou bien encore à des écorces de bouleau. La production de ces lamelles est continue; aussi, à peine formées, sont-elles repoussées au dehors par une couche nouvelle qui, bientôt, perd elle-même ses faibles adhérences pour tomber à son tour. Au-dessous, la peau est luisante, rouge, d'une remarquable sécheresse, quelquefois cependant humide, incomplétement protégée par une couche d'épiderme d'une transparence parfaite en raison de son extrême minceur. Mais n'allez pas y chercher quelque autre lésion élémentaire, une vésicule, une papule, par exemple, vous n'en rencontrerez pas; l'exfoliation épidermique demeure ici le seul caractère anatomique de l'affection.

L'épithète de *maligne* n'est pas moins bien justifiée, comme nous le verrons tout à l'heure, par sa résistance habituelle à tous les efforts de la thérapeutique, et par les dangers nombreux auxquels elle expose les malheureux qu'elle a frappés.

Quant à sa nature herpétique, il est facile d'en trouver la preuve dans les conditions les plus habituelles de son développement. Elle apparaît alors comme une manifestation tardive et de la plus haute gravité de l'herpétisme, à laquelle viennent aboutir, pour s'y confondre,

les diverses affections cutanées qui servent d'expression commune à cette diathèse.

Le moment est venu de vous présenter notre malade, dont je vais tout d'abord vous retracer rapidement l'histoire.

Cet homme est resté, jusqu'à l'âge de 36 ans, exempt de toute affection cutanée. A cette époque, il y a quinze ans de cela, il fut atteint d'un psoriasis qui, débutant par le cuir chevelu, envahit, bientôt après, les coudes et les genoux, finit par se généraliser, et, pendant onze années, suivit sa marche habituelle. Mais, il y a quatre ans, la scène changea très-rapidement d'aspect, et l'herpétide exfoliatrice fit, pour la première fois chez lui, son apparition. Cette première phase exfoliatrice dura cinq à six semaines, puis le psoriasis reprit tous ses droits jusqu'au moment où, vers le 15 avril dernier, il en fut de nouveau dépossédé. Aujourd'hui, vous voyez l'affection dans son état de complet développement. Il n'est, en quelque sorte, pas un point du corps qui ne soit atteint. Les pieds, les mains, la face elle-même, sont recouverts de ces mêmes squames minces et larges, enroulées sur leurs bords, que vous voyez à chaque instant se détacher de la surface des membres et du tronc. Seul le cuir chevelu est encore recouvert de squames épaisses, imbriquées, adhérentes, dernier vestige du psoriasis qui a précédé la manifestation actuelle. Pour que vous puissiez vous faire une idée de l'abondance de la sécrétion épidermique, j'ai fait conserver dans ce drap les dépouilles de la nuit tout entière. Eh bien ! malgré l'énorme perte qu'il a subie, ses ressources épithéliales sont loin d'être épuisées, et vous le voyez, à chaque pas, laisser sur le parquet la trace de son passage. Cet

homme se dépouille lui-même, perd et sème son épiderme tout autour de lui, comme certains arbres, les bouleaux et les platanes, par exemple, perdent leur écorce.

Ce n'est pas tout, il me faut maintenant attirer tout spécialement votre attention sur un autre point du tableau. Si l'état local est grave, l'état général est tout aussi sérieux, et c'est de ce côté, en définitive, que le danger est le plus pressant. Sous l'influence de cette exfoliation épidermique incessante, qui dure depuis tantôt deux mois, les forces ont décliné rapidement; l'amaigrissement a fait d'inquiétants progrès, l'appétit s'est perdu. Cet homme a 51 ans, et il a tout l'aspect d'un vieillard épuisé; la voix est faible, les jambes refusent leur service et on est obligé de le soutenir pour l'aider à regagner la salle. La cachexie marche à grands pas et menace d'amener la mort, dans un délai très-court, si nous ne parvenons à arrêter ses progrès.

Vous venez de voir l'affection à sa période d'état, en même temps que l'histoire de notre malade vous en faisait connaître les conditions étiologiques les plus habituelles. Il est temps de reprendre la question à un point de vue plus général, et d'envisager d'un coup d'œil l'ensemble des cas particuliers.

L'herpétide exfoliatrice peut être *primitive*, mais c'est là un fait assez rare. En quelques jours alors, chez un individu exempt jusque-là de toute affection cutanée, l'exfoliation épidermique prend naissance, se développe, se généralise sans être nulle part précédée d'une lésion élémentaire caractéristique. Il semble que le vice dartreux ait acquis d'emblée, dans ces cas, une activité et une intensité exceptionnelles ; de même que l'on peut

voir quelquefois la syphilis à peine introduite dans l'économie manifester tout d'abord sa présence par des lésions ulcéreuses de la peau, et devenir ainsi, dès le premier abord, une syphilis maligne.

Le plus souvent, l'herpétide exfoliatrice est consécutive. La diathèse dont elle procède s'est traduite, dans le principe : à la surface de la peau par une de ses manifestations habituelles : c'est un pityriasis, c'est un eczéma, c'est encore et plus souvent un psoriasis. Ces affections, pendant longtemps, suivent leur marche habituelle, et, à mesure que leur durée augmente, elles tendent de plus en plus à se généraliser. Puis, à un moment donné, les caractères de l'éruption se modifient; elle devient méconnaissable; il n'y a bientôt plus ni psoriasis, ni eczéma, ni pityriasis; une nouvelle éruption a pris naissance, la même dans tous les cas, quel que soit le type de l'affection primitive: c'est l'herpétide exfoliatrice.

Quant à la façon dont cette transformation s'opère, elle est des plus simples. Les squames furfuracées du pityriasis s'élargissent et se produisent en plus grande abondance. La sécrétion humide de l'eczéma se tarit, et ses petites croûtes sont remplacées par les larges lamelles que vous avez vues tout à l'heure. Il est, du reste, une variété d'eczéma, l'eczéma lividum, dont les squames diffèrent à peine de celles de l'herpétide exfoliatrice.

Quant au psoriasis, ses squames s'amincissent, cessent d'être imbriquées, perdent leur adhérence, en même temps que les papules qu'elles recouvrent s'affaissent pour bientôt disparaître.

Il existe une quatrième affection pouvant donner

naissance à l'herpétide exfoliatrice, c'est le pemphigus. Ici encore la transformation s'opère par un mécanisme analogue; la sécrétion séro-purulente se supprime, tandis que l'exfoliation épidermique persiste seule, si bien qu'à un moment donné les bulles caractéristiques ont partout disparu.

J'ai peu de chose à vous dire du diagnostic; il est, en général, des plus simples. Vous ne confondrez jamais ces squames, pour ainsi dire pathognomoniques, minces, larges, souvent enroulées sur leurs bords, se détachant facilement et tombant d'elles-mêmes, avec les squames adhérentes, épaisses, imbriquées du psoriasis, avec les petites croûtes de l'eczéma, avec les fines et poussiéreuses lamelles du pityriasis.

Quant aux autres lésions élémentaires, vésicules, papules, etc., il va sans dire qu'on ne les rencontre jamais dans l'herpétide exfoliatrice.

Il est une seconde partie du diagnostic qui a bien également son importance, mais qui est aussi généralement assez facile; il s'agit de déterminer à quelle affection succède la phase exfoliatrice. A la période d'état, vous aurez toujours pour vous guider l'étude des commémoratifs; et un interrogatoire bien conduit vous permettra, dans la plupart des circonstances, de fixer votre jugement. Si, au contraire, vous arrivez au début de la transformation, un examen attentif du malade vous fera nécessairement découvrir quelque point du corps où l'affection primitive a encore conservé tous ses caractères.

Nous avons terminé l'étude des phénomènes locaux; mais, avant d'aborder le pronostic, je dois vous dire quelques mots des phénomènes généraux concomitants

et des complications possibles, car de là dépend surtout l'avenir du malade. La sécrétion épidermique est déviée de son type normal ; la sécrétion des glandes de la peau est pour ainsi dire abolie, et il est impossible, vous le comprenez, que cet état se prolonge bien longtemps sans grand dommage pour l'économie tout entière. Tôt ou tard, en effet, les phénomènes graves que vous avez pu constater chez notre malade surviennent chez tous ses semblables. L'amaigrissement commence, les forces diminuent, l'appétit se perd, l'insomnie survient; un peu plus tard, la fièvre hectique s'allume, et le patient meurt dans le marasme.

Ce n'est pas tout, et le chapitre des complications nées sous l'influence de la lésion cutanée est gros, lui aussi, de menaçantes éventualités. Les produits de la perspiration cutanée, supprimée par le fait de cette lésion, cherchent, pour ainsi dire, une autre voie d'élimination; tandis que le derme, mal garanti par un enduit épidermique trop jeune, devient plus sensible aux variations atmosphériques. Ainsi se trouve créée une prédisposition permanente à des déterminations morbides de plus d'un genre. Les unes, à marche lente, gênent le jeu des organes ou bien viennent augmenter encore les pertes trop nombreuses que fait chaque jour l'économie : tels sont les diarrhées séreuses, les hydropisies, les œdèmes; les autres, le catarrhe suffocant, par exemple, à début brusque, à évolution rapide, peuvent, en quelques jours, emporter votre malade.

Vous le voyez, le tableau est des plus sombres, le pronostic des plus sévères, car, en admettant que le malade échappe à une première atteinte de l'affection, il est menacé, dans un avenir prochain, d'un nouvel as-

saut habituellement plus grave encore. L'herpétide exfoliatrice peut être considérée comme la plus haute expression de la diathèse herpétique, et lorsque celle-ci a pris à ce point possession de l'économie, il est bien rare qu'elle pardonne. Telle est la règle, mais, à ses côtés, se rencontre aussi l'exception. Il se trouve, en effet, des malades chez lesquels, l'orage une fois conjuré, l'affection primitive reprend ses allures habituelles, compatibles non pas seulement avec la vie, mais aussi avec un état général des plus satisfaisants ; et le retour des accidents peut être ainsi indéfiniment ajourné. C'est bien là, vous l'avouerez, une guérison véritable, et j'ai eu, il y a quelques années, la satisfaction de la voir, dans un cas, s'effectuer sous mes yeux. Il s'agissait d'une herpétide exfoliatrice consécutive à un psoriasis invétéré ; l'attaque fut des plus sérieuses. Cependant, grâce aux moyens que je vous indiquerai tout à l'heure, grâce surtout aux conditions hygiéniques exceptionnelles dans lesquelles fut placé mon malade, l'exfoliation disparut, et il revint à la santé.

Quatre années se sont écoulées depuis cette guérison ; le psoriasis a repris son aspect habituel ; la santé générale est excellente, et rien ne peut faire présager de nouveaux accidents. De telles rémissions portent avec elles leur enseignement ; nous devrons toujours les avoir présentes àl'esprit, lorsque, en face de cas semblables, il s'agira, pour nous, de porter un pronostic et d'instituer un traitement ; et alors, nous rappelant le mot de Récamier, « nos condamnés à mort courent les rues, » nous nous garderons bien de considérer ces malades comme voués sans appel et fatalement à la mort. Un pronostic aussi absolu conduirait logiquement à l'inac-

tion, et le médecin n'a pas le droit ici de s'avouer vaincu par avance. Nous lutterons donc contre la maladie, avec bien peu d'espoir, il est vrai, dans la guérison, mais enfin nous instituerons un traitement. C'est ce traitement qu'il me reste à vous faire connaître.

L'état général domine la scène morbide ; c'est donc à lui qu'il faut vous adresser tout d'abord. Le malade est profondément débilité, les fonctions digestives sont languissantes ou troublées ; c'est donc à relever les forces, à stimuler l'appétit que vous allez mettre tous vos soins. Vous donnerez la strychnine, les amers, les préparations de fer et de quinquina, les eaux minérales naturelles gazeuses et ferrugineuses. Dans l'alimentation, les vins généreux, le vin de Champagne en particulier, la viande crue, trouveront leur indication. Il va sans dire que vous placerez votre malade dans les meilleures conditions hygiéniques possibles, ne lui épargnant ni l'air ni le soleil, en même temps que vous veillerez avec un soin scrupuleux à le garantir des moindres variations de température.

Lorsque, à l'aide de ces différents moyens, combinés suivant les circonstances, vous serez parvenus à remonter un peu votre malade ; lorsque surtout les fonctions digestives auront repris leur activité normale, vous pourrez songer à vous adresser plus directement à la cause de l'affection, en instituant la médication arsenicale. Mais n'allez pas ici fonder sur cet agent thérapeutique de bien grandes espérances, du moins dans la grande majorité des cas. Trop souvent votre malade en aura pris des quantités considérables, et de nouvelles doses seront mal supportées ou resteront sans effet. Quelquefois cependant l'arsenic, administré seul ou

conjointement avec les autres analeptiques, vous donnera de bons et incontestables résultats.

Il me reste à vous indiquer le traitement local. Ici il est un écueil qu'il faut par-dessus tout éviter avec le plus grand soin. Toute tentative de médication substitutive, tout topique irritant, doivent être bannis d'une façon absolue. Vous vous contenterez donc tout d'abord de lubrifier cette peau qui est sèche, et de substituer une sorte de vernis protecteur à la couche épidermique qui fait défaut : la glycérine, le glycérolé d'amidon, rempliront parfaitement ce double but. Plus tard seulement, alors que la sécrétion épidermique tend à diminuer, vous chercherez à modifier peu à peu la surface cutanée à l'aide de préparations astringentes, telles qu'un glycérolé contenant une légère proportion de tannin.

En même temps vous prescrirez des bains dont vous pourrez varier la nature, ainsi des bains amidonnés, des bains aromatiques ; vous aurez bien soin d'exclure les bains sulfureux, en raison de leurs propriétés irritantes.

En employant ces différents moyens, vous n'aurez pas, évidemment, la prétention de guérir radicalement votre malade, mais vous aurez du moins la certitude de lui avoir fourni les meilleures armes qu'il puisse utiliser dans la lutte qu'il soutient contre la maladie.

Cette leçon, recueillie par M. Gombault, notre interne d'alors, date du mois de juin 1874. Le malade que j'y ai présenté nous offrait un exemple d'herpétide maligne exfoliatrice à son maximum d'intensité, à son plus haut point de développement.

Ainsi que nous l'avons établi et démontré, cette her-

pétide avait son point de départ dans un psoriasis dont elle n'était que la dégénérescence, et nous avons pu suivre sur certains points du corps, et en particulier sur le front et le visage, la transformation progressive du psoriasis en herpétide exfoliatrice; nous y avons vu les surfaces dermiques papuleuses, épaissies, s'affaissant, disparaissant, se nivelant avec la peau voisine, devenant à son tour malade et ne présentant plus dans toute son étendue qu'une même surface sans élevures, d'une teinte uniforme, d'un rouge brun foncé, et recouverte partout de squames. Nous avons constaté que ces squames avaient cessé d'être, comme dans le psoriasis, adhérentes au derme sous-jacent et adhérentes entre elles, de manière à former des couches épaisses superposées et imbriquées. Nous les avons vues s'amincir, devenir lamelleuses, unifoliacés, transparentes, perdre leurs adhérences avec le derme, n'y plus tenir que par un seul de leurs côtés, devenir en quelque sorte flottantes à la surface, sur toute l'étendue du tégument externe, s'en détacher d'elles-mêmes, en quantités considérables, et se reproduire, sans discontinuité, par une sécrétion maladive et incessante du derme, toujours sec et sans aucune autre sécrétion que la sécrétion épidermique.

Dans le but de modifier l'innervation et la vitalité du derme, si profondément altérées; dans le but de lui rendre sa souplesse, son humidité, et d'y rappeler les sécrétions sudorales et sébacées absolument taries, nous fîmes frictionner tout le corps, deux fois par jour, soit avec du glycérolé d'amidon pur, soit avec ce même glycérolé contenant dix pour cent de tannin. En même temps, nous prescrivîmes des bains émollients contenant une forte proportion d'amidon cuit transformé en gelée,

qu'on y délayait; nous les alternions avec des bains alcalins tenant en solution de 4 à 500 grammes de sous-carbonate de soude, légèrement excitants et détersifs. En même temps, nous soumettions le malade au régime alimentaire le plus réparateur; nous lui faisions prendre tous les jours 200 à 250 grammes de viande crue, en outre de la quantité de viande cuite réglementaire; nous lui donnions du vin de quinquina, de gentiane, de Bordeaux, de l'eau de Spa, et nous adjoignions à ce régime diététique, aussi tonique que possible, de l'extrait de quinquina (de 3 à 4 grammes par jour en potion); du sirop de protoiodure de fer (une grande cuillerée à chacun des repas); de l'arsenic, soit en solution, soit sous forme pilulaire. Nous relevions, nous excitions de temps en temps les forces et les digestions par la strychnine prise sous la forme suivante : immédiatement avant chacun des trois repas, une cuillerée à soupe de cette potion :

Eau distillée.	120 grammes.
Sulfate de strychnine. . . .	2 centigrammes.
Sirop de menthe.	30 grammes.

Sous la double influence de ce traitement externe et de ce traitement général, nous eûmes la satisfaction de voir la sécrétion squameuse épidermique diminuer assez rapidement; les squames devinrent moins abondantes, moins larges: leur exfoliation se produisait en quantité de moins en moins considérable, jusqu'à ce qu'elle cessât complétement, remplacée par le feuillet épidermique normal adhérent et persistant. Cette transformation de la peau s'opéra et devint complète, parfaite et durable dans l'espace de trois mois environ.

En même temps, l'état général s'améliorait progressivement; les forces revenaient; le malade n'éprouvait plus une sensation continuelle de froid qui l'obligeait de rester enveloppé dans ses couvertures; son appétit était bon; son embonpoint revenait à vue d'œil; les fonctions intestinales étaient régulières. Il pouvait être considéré comme guéri au mois de septembre. Nous le conservâmes dans le service à partir de cette époque, pendant encore cinq mois, craignant toujours de voir reparaître, sinon l'herpétide exfoliatrice, au moins le psoriasis initial. Car c'est là un des modes de terminaison de l'herpétide maligne exfoliatrice.

Ou bien elle tue le malade, — elle le fait périr, soit de marasme et d'épuisement, soit par les complications viscérales qu'elle éveille; — ou bien elle subit une heureuse transformation en sens inverse de celle qui lui avait donné naissance; si elle avait commencé par être un psoriasis, elle remonte le courant fatal qui entraînait le malade; elle remonte à sa source, à son point de départ initial; elle redevient un psoriasis, c'est-à-dire qu'elle perd ses caractères *malins* pour se continuer sous sa forme primitive, relativement bénigne; ou bien enfin elle peut guérir purement et simplement sans laisser de traces ; c'est malheureusement le cas le plus rare, et ç'a été celui de notre malade.

Pendant cinq mois donc à partir du moment où nous avons pu le considérer comme guéri, nous l'avons conservé dans la salle Saint-Charles, sous nos yeux, sous notre observation journalière, sans constater la moindre trace de récidive, la moindre sécrétion épidermique vicieuse. Au bout de ce temps, c'est-à-dire au mois de février 1875, il quitta le service, et depuis lors,

c'est-à-dire depuis un an, nous n'en avons pas eu de nouvelles, ce qui nous autorise à penser que la guérison ne s'est pas encore démentie, car le malade nous avait promis de revenir au moindre signe fâcheux.

Au mois de novembre de la même année (1874), nous reçûmes, dans la salle Henri IV, une femme atteinte aussi d'herpétide maligne exfoliatrice.

Les caractères de cette affection étaient tellement tranchés que le moindre doute était impossible relativement à la qualification à donner à la maladie : c'était bien incontestablement une herpétide maligne exfoliatrice; le corps entier était couvert de squames larges, blanches, foliacées, se détachant d'elles-mêmes, formant une couche épaisse dans le lit, jonchant le sol autour de la malade et lui donnant, par leur généralisation et par leur blancheur, l'aspect et la physionomie d'un *pierrot*.

Tandis que, chez le malade de la salle Saint-Charles, les squames se détachaient d'un derme toujours parfaitement sec, on trouvait au contraire chez cette femme que la couche dermique sous-jacente était humide et avait un léger degré de suintement; on découvrait aussi, de loin en loin, une petite bulle ou quelques fragments de bulle ; et elle racontait qu'avant d'avoir le corps ainsi couvert de squames elle y avait des bulles disséminées et remplies de liquide.

Ces renseignements, joints aux quelques bulles et à l'humidité que nous constations sur le derme, ne nous laissèrent pas de doute sur l'existence primitive du pemphigus. Nous avions là un pemphigus dégénéré en herpétide maligne exfoliatrice, ou, ce qui est la même chose, une herpétide exfoliatrice consécutive à un pemphigus.

Les traces de bulles que nous avions constatées en-

core à l'entrée de la malade à l'hôpital disparurent; aucune éruption bulleuse ne se reforma, la sécrétion squameuse seule persista en devenant de plus en plus abondante, de plus en plus caractéristique. Ce n'était donc plus un pemphigus, puisque la lésion-mère du pemphigus, la bulle, n'existait plus; puisqu'elle avait été remplacée par un élément morbide nouveau, la squame épidermique, se produisant incessamment, d'emblée, se généralisant, envahissant tout le corps. Il y avait donc là une maladie nouvelle, ayant ses caractères particuliers, sa physionomie spéciale; nous retrouvions là exactement la même affection, la même production épidermique, la même exfoliation que chez notre malade de la salle Saint-Charles. Chez le premier malade, nous avions pu suivre la transformation d'un psoriasis en une herpétide exfoliatrice; nous avions vu l'herpétide exfoliatrice naître du psoriasis, de même que, chez la deuxième malade, nous l'avons vue procéder du pemphigus. La lésion épidermique est absolument la même dans les deux cas; seulement, dans le premier, le derme reste toujours sec comme le psoriasis qui lui avait donné naissance; dans le second cas, au contraire, il garde un certain degré d'humidité, comme pour indiquer que la maladie nouvelle est issue d'une maladie primitive à sécrétion humide, à laquelle elle se rattache par son origine.

Ce deuxième cas d'herpétide exfoliatrice fut remarquable par des accidents généraux et des troubles fonctionnels plus graves que dans le premier cas. Nous eûmes constamment à lutter contre des désordres gastro-intestinaux alternant avec des désordres respiratoires. Aucune médication interne ne put être supportée, à

cause d'une diarrhée continue ou sans cesse renaissante, qui alternait avec un catarrhe bronchique abondant. Nous retrouvions, dans ces accidents viscéraux, les complications, les métastases habituelles au pemphigus. Ces désordres internes, joints à l'humidité du derme, nous indiquaient la source originelle de cette seconde herpétide exfoliatrice, de même que, dans le premier cas, la sécheresse absolue du derme nous rappelait le psoriasis originel.

Aussi, en nous basant sur ces deux cas d'une même maladie provenant de deux causes différentes, nous pourrions établir en principe : que si l'herpétide maligne exfoliatrice est toujours par elle-même extrêmement sérieuse; que si elle est toujours, quelle que soit sa provenance, l'expression de l'herpétis dans sa plus grande intensité et à son plus haut point de gravité, elle semble être plus grave encore, si c'est possible, lorsqu'elle procède d'une maladie primitive *déjà maligne*, comme le pemphigus.

Le professeur Hébra, qui nous a fait l'honneur de nous rendre, à l'hôpital Saint-Louis, la visite que nous lui avions faite quelques années auparavant au Grand-Hôpital de Vienne, a bien voulu voir avec nous cette malade. Il a reconnu, comme nous, l'existence d'une herpétide exfoliatrice provenant du pemphigus. A Vienne, nous a-t-il dit, il n'aurait pas hésité à la traiter par le bain continu prolongé.

Nous nous sommes expliqué, dans notre article *Pemphigus*, sur ces bains prolongés pendant des mois entiers; nous avons dit pourquoi nous ne pouvions pas les adopter; aussi, malgré le conseil de notre éminent visiteur, nous n'avons pu nous décider à les employer.

Notre malade, en effet, était arrivée au dernier degré de la faiblesse et du marasme ; elle était épuisée par des accidents pulmonaires et intestinaux auxquels elle succomba après un an de séjour dans notre service. Voici, comme complément, son observation, recueillie par M. Muzelier, mon interne.

HERPÉTIDE MALIGNE EXFOLIATRICE.

La malade qui fait le sujet de cette observation est entrée dans notre service le 24 novembre 1874, salle Henri IV, n° 52.

L'interrogatoire de cette femme a été négatif au point de vue des accidents héréditaires. Aucun membre de sa famille n'a été atteint d'affection analogue à celle qu'elle présente elle-même. Dans ses antécédents à elle, on ne retrouve la trace d'aucune maladie cutanée antérieure. Nous ne parvenons pas à avoir de renseignements bien précis sur les circonstances relatives au mode de début de la maladie. Il paraît certain néanmoins que la lésion initiale était un pemphigus : il y avait encore des bulles très-apparentes au moment de l'entrée de la malade. Au bout d'un certain temps, les bulles disparurent et laissèrent à leur place des squames abondantes. Dès son apparition, le pemphigus fut généralisé ; il envahit rapidement toute la surface cutanée, le tronc, les membres, la tête. Au début, le traitement local consista simplement en aspersion de poudre d'amidon, moyen dont l'emploi fut continué jusqu'à l'époque où on eut recours à l'enveloppement ouaté. Au commencement de l'année 1875, la malade présentait les phénomènes suivants : elle était amaigrie et

visiblement affaiblie, mais ne présentait pourtant aucun trouble notable dans sa santé ; les fonctions digestives s'exécutaient normalement.

La peau, dans toute son étendue, était couverte de squames blanches ou grises, très-larges dans certains points, sur le tronc, sur les membres, un peu plus petites sur la face et sur le cuir chevelu ; ces squames s'enlevaient avec facilité, et lorsqu'on les soulevait par leurs bords on mettait à nu une surface dermique rougeâtre, visqueuse, humide, rappelant assez bien l'aspect de cette couche profonde de l'épiderme qu'on a désignée sous le nom de *corps muqueux* de Malpighi. La formation de ces squames était très-active. Chaque matin, elles formaient une couche épaisse sur les draps. Ce revêtement squameux donnait à la malade un aspect étrange, et la face notamment, avec son enduit blanchâtre, rappelait assez bien la physionomie de ce type populaire que l'on a coutume de désigner sous le nom de *pierrot*. Ajoutons que les parties malades étaient le siége de démangeaisons assez vives, qui présentaient du reste des rémissions et des exacerbations.

Un traitement local très-simple fut constitué contre la lésion cutanée. Ce furent d'abord, comme nous l'avons dit, des aspersions de poudre d'amidon ; mais, un peu plus tard, on eut recours à l'enveloppement par la ouate. L'emploi de ce moyen fut prolongé pendant plusieurs mois.

A l'intérieur, on employa des médicaments toniques et altérants :

Arséniate de soude, vin de quinquina, sirop d'iodure de fer.

Enfin on prescrivit du vin et une bonne alimentation.

L'état de la malade resta stationnaire pendant la plus grande partie de l'année 1875 ; à partir du mois de juin, l'enveloppement ouaté, jugé inutile, fut supprimé ; on se contenta de saupoudrer les parties squammeuses de poudre d'amidon. On revint encore à l'usage de la ouate, et ce dernier moyen fut remplacé lui-même par des onctions de liniment oléo-calcaire, dont on continua l'usage pendant le mois d'octobre. A cette dernière date, la malade présentait l'aspect suivant : amaigrissement excessivement prononcé, — l'affaiblissement progressif est déjà arrivé à un degré extrême ; — productions squammeuses très-abondantes, aussi abondantes qu'au début de la maladie : les squames offrent les mêmes caractères de coloration, de minceur, d'étendue, que dans les premiers temps de la maladie. Au-dessous d'elles, le derme est toujours rouge, visqueux, douloureux au toucher ou au contact de l'air ; les démangeaisons sont un peu moins vives qu'au début.

Dans les derniers jours d'octobre, une diarrhée abondante se déclare ; cette diarrhée persiste jusqu'au jour de la mort.

A la date du 1er novembre, on constate une expectoration abondante et épaisse. Les crachats sont colorés par la présence d'une certaine quantité de sang. Les jours précédents, la malade s'est plaint d'une douleur dans le côté droit de la poitrine. A l'auscultation, on trouve seulement un peu de diminution dans l'intensité du murmure vésiculaire ; la diarrhée persiste, très-abondante. La mort arrive le 7 novembre 1875.

Autopsie. — Le cerveau n'a pas été examiné.

CAVITÉ THORACIQUE. — 1° *Cœur.* — Les valvules et les ori-

fices sont sains; le tissu cardiaque présente un aspect gras et décoloré à la coupe.

2° *Poumons.*—La plèvre droite porte les traces d'une inflammation récente; la paroi thoracique de ce côté est doublée de fausses membranes minces, humides, verdâtres, évidemment de formation récente. A la partie moyenne de la face antérieure du poumon droit, il existe une petite plaque de pleurésie récente, au-dessous de laquelle le tissu pulmonaire présente un léger degré d'induration.

D'ailleurs les poumons offrent un aspect tout à fait normal, sauf un peu de congestion aux deux bases et en arrière.

3° *Abdomen.*—Le foie, assez volumineux, présente des plaques anémiques décolorées à sa surface; la coupe de cet organe dénote une transformation graisseuse avancée; les reins sont légèrement congestionnés, mais ils ont leur volume normal; sur aucun de ces organes, la teinture d'iode ne montre la réaction caractéristique de la dégénérescence amyloïde.

TRENTIÈME LEÇON

Prurigo. — Lichen.

Messieurs,

On désigne, sous le nom de *prurigo*, une affection cutanée à forme chronique, caractérisée par des papules isolées, discrètes, à base large, volumineuses, couronnées à leur sommet d'un caillot noirâtre, et donnant lieu à une sensation douloureuse spéciale, d'une intensité variable, que l'on appelle *prurit*.

Les maladies de la peau que nous avons étudiées jusqu'à présent, envisagées relativement aux diverses sécrétions qu'elles produisent, se rangent dans deux catégories bien distinctes et parfaitement tranchées : les unes, comme le *psoriasis*, le *pityriasis*, l'*icthyose*, l'*herpétide maligne exfoliatrice*, ont une sécrétion sèche; elles produisent, sous une forme différente, en quantité différente et avec des symptômes généraux différents, une même substance solide, sèche, sans mélange d'humidité, c'est de l'épiderme malade.

Les autres sont au contraire des affections à sécrétion humide ; la nature de cette sécrétion varie : c'est une sérosité diaphane, claire, cristalline, semblable à

des gouttes de rosée, comme dans la *miliaire ;* c'est une sérosité pure et transparente d'abord, mais devenant ensuite opaline et puriforme, comme dans l'*eczéma* et l'*herpès;* c'est du pus s'écoulant comme le miel, dont il a la couleur, la consistance et l'aspect, comme dans l'*impétigo;* c'est du pus grisâtre, comme dans l'*ecthyma*, ou jaunâtre comme dans l'*acné* et le *sycosis*, et restant enfermé dans la pustule qui le contient, où il se transforme en croûtes d'apparences diverses, comme dans ces trois dernières affections. Quelle que soit, nous le répétons, la nature de cette sécrétion, elle est toujours humide et le produit est toujours un liquide.

Vous avez donc pu constater combien est naturelle cette grande division des maladies de la peau, que j'ai établie dans une de nos premières leçons, *en maladies à sécrétions sèches, et en maladies à sécrétions humides.*

Dans laquelle de ces deux divisions va se placer le prurigo? il est caractérisé, anatomo-pathologiquement, par des papules. Or qu'est-ce qu'une papule? C'est une saillie pleine et non liquide, de volume variable, mais ne dépassant pas en général celui d'une tête d'épingle, saillie constituée par l'hypertrophie des papilles du derme.

Mais si, dans sa constitution anatomique, tout est sec et solide, le prurigo ne pourra cependant pas être rangé à côté du psoriasis, du pityriasis, de l'ichtyose, de l'herpétide exfoliatrice, dans le groupe des maladies à sécrétion sèche ; toutes ces affections en effet sont *sécrétantes*, elles produisent en quantité variable un épiderme diversement altéré et dénaturé. Le prurigo au contraire ne produit rien du tout : il ne donne lieu à

aucune sécrétion, il n'est le siége d'aucun travail de prolifération. C'est une affection stérile et inféconde par elle-même ; elle est ce qu'elle est, elle reste dans un *statu quo* immuable et permanent. Aussi le prurigo doit-il être placé dans la division des maladies *non sécrétantes*.

Étudions-le d'abord relativement aux lésions anatomiques qui le constituent.

LÉSIONS ANATOMIQUES

La lésion mère du prurigo est une papule. Cette papule est un point du derme hypertrophié. Ce point du derme hypertrophié est une papille sensitive. C'est donc l'hypertrophie du corps papillaire sensitif du derme qui constitue en réalité le prurigo, et comme le corps papillaire sensitif du derme est le siége et l'organe de la sensibilité, cette partie du corps papillaire étant hypertrophiée et altérée dans sa texture, la sensibilité dont elle est le siége se trouvera déviée, elle sera surexcitée et le phénomène douleur se produira. Chaque papule du prurigo nous représente une sorte de petit *névrôme*, c'est-à-dire une petite tumeur solide, développée, non pas, comme les véritables névrômes, sur le trajet d'un nerf, mais à l'extrémité même de ce nerf. au point où viennent finir ses branches terminales, en un mot, sur la papille du derme à laquelle aboutissent les ramuscules nerveux, et autour de laquelle ils s'enroulent en se terminant.

Telle n'est point l'opinion d'Hébra. Il professe que « chaque papule de prurigo est formée d'une collection de liquide, dans les couches les plus profondes de l'épi-

derme, et de l'élévation consécutive de ses couches les plus superficielles, de sorte que, dit-il, la structure de la papule a la plus grande analogie avec une vésicule : elle n'en diffère que par la petite quantité de liquide qu'elle contient et par la plus grande épaisseur de son enveloppe. »

C'est par l'existence de cette sécrétion liquide au sein de la papule du prurigo qu'Hébra explique la douleur qui est un de ses caractères les plus constants. « Il ne sera pas, dit-il, difficile d'affirmer que la goutte de blastème, exsudée en condition défectueuse ou en quantité anormale qui constitue le contenu d'une papule de prurigo, agira comme un irritant continuel sur les nerfs de la papille et produira ainsi une démangeaison constante : justement, comme dans un autre cas, une plus grande quantité de liquide exsudé presse plus fortement sur le derme sous-jacent et ne donne plus lieu à la sensation de démangeaison, mais à celle de douleur. »

Nous ne saurions adopter l'opinion du célèbre dermatologiste viennois, et cela pour deux raisons : la première, c'est que nous n'avons jamais pu voir cette prétendue sécrétion liquide dans les couches les plus profondes de l'épiderme ; nous ne l'y avons jamais trouvée ; la deuxième, c'est que, si, comme le dit Hébra, le prurit et la douleur étaient la conséquence de la pression et de l'action irritante exercée sur les nerfs de la papille par le liquide exsudé, ce liquide étant toujours déversé en dehors de la vésicule par les grattages auxquels se livrent les malades, la douleur et le prurit devraient par cela même cesser. Or il n'en est pas ainsi : les malades ont beau se gratter, enlever non-seulement toute l'épaisseur de l'épiderme, mais encore la

couche la plus superficielle du derme, puisqu'il y a toujours une effusion sanguine, la douleur, le prurit, n'en persistent pas moins avec une égale intensité.

Nous sommes donc autorisé à maintenir ce que nous avons établi en commençant, à savoir : 1° que la lésion mère du prurigo est une papule, c'est-à-dire une hypertrophie partielle et tout à fait solide du derme, sans mélange de liquide, et sous forme d'une petite tumeur de la grosseur d'une tête d'épingle ; 2° que cette papule a pour siége les papilles sensitives du derme, ce qui nous explique la douleur dont elle est le siége, sous forme de prurit ou de démangeaisons d'intensité variable.

Chaque papule est coiffée à son sommet d'un petit caillot noirâtre. Ce caillot est formé de la coagulation d'une gouttelette de sang; ce sang n'est pas le produit d'une sécrétion ou d'une exhalation active, congestive ou passive, il est le résultat d'un petit traumatisme, d'une écorchure, que produit l'action des ongles, sur la couche la plus superficielle du derme; de sorte que, vues à distance, les papules du prurigo ont l'aspect d'un piqueté noirâtre, de saillies croûteuses sèches et noirâtres.

Vous le voyez donc, le prurigo est une affection représentée par une papule, et de plus c'est une affection *non sécrétante*.

Quand le prurigo est un peu ancien, toute la peau sur laquelle se sont développées les papules est remarquablement sèche, aride et bistrée. Cette teinte foncée, brunâtre, est due à une hypersécrétion pigmentaire. Cette hypersécrétion est la conséquence de l'irritation produite dans le derme par le prurit qu'occasionnent les papules. Nous voyons cette même hypersécrétion de la

matière pigmentaire de la peau se produire à la suite de la plupart des affections cutanées dont l'existence a été, pour le derme, une cause d'irritation un peu prolongée. La peau, avons-nous dit, est sèche et aride; les sécrétions sudorale et sébacée sont plus ou moins complétement abolies. Toute la vitalité de la peau déviée, altérée, se traduit par l'hypéresthésie dont les papules sont le siége, et par la sécrétion exagérée de sa matière pigmentaire; aussi reste-t-elle sèche, aride et comme parcheminée.

SYMPTÔMES, SIÉGE, ÉVOLUTION DU PRURIGO.

Un des caractères les plus constants du prurigo, nous l'avons déjà dit, c'est le *prurit*. Le prurit est une forme spéciale, une modalité de douleur exprimée par la dénomination de démangeaison, et portant le malade à se gratter. Or cette démangeaison est d'une intensité variable et revêt différents caractères. Elle est plus vive la nuit que le jour. On a établi trois variétés ou trois divisions dans le genre prurigo, fondées précisément sur le caractère et sur l'intensité de la démangeaison:

Dans le *prurigo mitis*, la démangeaison est d'une médiocre intensité; elle est facilement supportable, bien que forçant les malades à se gratter;

Dans le *prurigo formicans*, elle devient beaucoup plus prononcée; elle se traduit par des fourmillements douloureux; il semble aux malades que leur peau est labourée par des légions de fourmis, d'où la qualification de *formicans;*

Dans le *prurigo ferox*, c'est moins une démangeaison u 'une douleur atroce, intolérable, dont le paroxysme a

toujours lieu la nuit. Vous verrez des malades, sous l'influence de cette douleur, de ce prurit, être pris comme d'accès de fureur ; vous les verrez se déchirer la peau avec leurs ongles, se gratter avec des corps étrangers, des brosses de crin, des étrilles, des pierres rugueuses, se précipiter hors de leur lit dont le séjour leur est devenu un supplice insupportable, se rouler sur le carreau, s'arroser le corps d'eau glacée, de vinaigre... En un mot, le *prurigo ferox* donne lieu à des souffrances assez aiguës et assez violentes pour enlever l'appétit et le sommeil, rendre tout repos impossible, jeter les malades dans un état de surexcitation nerveuse impossible à décrire, les pousser au suicide, et compromettre de la manière la plus sérieuse leur santé générale.

Le prurigo se rencontre partout ; on le voit sur toutes les régions du corps, sur le visage, sur le cou, sur le tronc, sur les membres. Mais il affectionne principalement et de préférence, à l'exemple du psoriasis, les parties où la peau a le plus d'épaisseur et de sécheresse : ainsi la partie postérieure du tronc, et spécialement la partie supérieure du dos, les épaules, la partie externe des membres et surtout des membres inférieurs.

Il peut être *généralisé*, c'est-à-dire il peut envahir à la fois toute ou à peu près toute l'étendue du corps, à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds, où on ne le rencontre jamais.

Il peut être *partiel*, c'est-à-dire être restreint à une seule région : ainsi, à la partie supérieure du dos, par exemple, aux fesses, aux espaces interdigitaux.

Le prurigo est de tous les âges : les enfants à la mamelle, la jeunesse, l'âge adulte en sont atteints ; chez le vieillard, il offre une ténacité toute particulière et un

caractère toujours sérieux, en raison des troubles fonctionnels, de l'insomnie, de l'agitation, de l'anorexie, du marasme qu'il détermine; il est un des symptômes et, en même temps, un des agents de la décrépitude sénile, et contribue, par l'épuisement qu'il occasionne, à causer la mort du malade; aussi le prurigo du vieillard a-t-il occupé tout spécialement les auteurs, qui l'ont décrit avec un soin tout particulier sous le nom de *prurigo senilis*.

Le prurigo est une affection essentiellement chronique dans son évolution et dans ses manifestations; il n'a aucunement le caractère d'une maladie aiguë; il n'y a pas de fièvre de prurigo, comme il y a une fièvre d'ecthyma, d'herpès, de miliaire. Ses seuls prodromes sont : du prurit, de la démangeaison, une cuisson sur les parties qu'il doit envahir. Son apparition n'est jamais précédée, annoncée, ni accompagnée par de la fièvre. Si, dans le cours de son évolution et dans les cas les plus graves, de la fièvre se déclare, ce n'est point une fièvre franche, primitive, réactionnelle, inflammatoire; c'est une fièvre hectique, une fièvre de marasme, de consomption, résultant des désordres, des troubles sérieux qu'il détermine dans l'innervation et dans les fonctions physiologiques. L'intensité excessive de la douleur, ses paroxysmes nocturnes, les besoins irrésistibles de se gratter, l'agitation, la perte du sommeil et de l'appétit, qui en sont la conséquence, épuisent les malades, et alors de la fièvre s'allume; mais, encore une fois, c'est cette fièvre de mauvaise nature qui résulte de la dégradation des forces et de l'altération profonde de toute l'économie.

La durée du prurigo est indéterminée; quelquefois

il commence avec la vie pour ne se terminer qu'avec elle; il accompagne le malade du berceau à la tombe; d'autres fois il affecte des allures intermittentes; il disparaît à certaines époques de l'année, à l'automne, par exemple, pour reparaître au printemps. Tantôt il est continu dans sa durée, qui peut être plus ou moins longue, de plusieurs mois ou de plusieurs années; tantôt, comme nous le disions tout à l'heure, il n'est pas continu, il s'éteint de lui-même et se réveille après un intervalle qui peut être aussi de plusieurs mois ou de plusieurs années. Dans d'autres cas, et ce sont heureusement les plus nombreux, après une durée variable et plus ou moins longue, suivant sa nature, il guérit définitivement.

Le prurigo s'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme. L'hiver, lorsque la peau est sèche, aride et sans transpiration, il sévit avec beaucoup plus d'intensité que l'été. Pendant les chaleurs de l'été, la peau devient le siége d'une activité vitale plus grande; les glandes sudorales en particulier fonctionnent d'une manière plus large et plus continue; cette suractivité vitale, qui s'empare d'elles, qui se produit en elles, ce molimen nerveux et sanguin qui s'opère à leur profit et dont elles deviennent le siége, constituent pour les papilles sensitives comme une sorte de révulsif, de dérivatif naturel qui détourne d'elles le molimen ou courant morbide, principe du prurigo; la vitalité physiologique des glandes sudorales, en se développant, diminue d'autant la vitalité maladive du corps papillaire sensitif. C'est ainsi, par le fait de cette action vitale modifiée et déplacée, que nous nous expliquons l'atténuation pendant l'été de l'intensité du prurigo.

NATURE DU PRURIGO.

Pour Hébra, le prurigo n'est jamais la conséquence de causes externes. Il n'admet pas que des irritations venues du dehors, et s'exerçant sur la peau d'une manière plus ou moins intense ou plus ou moins continue, puissent produire le prurigo. Il n'admet donc pas un prurigo de cause externe. Il n'admet pas davantage un prurigo symptomatique ou de cause interne. Il ne reconnaît pas l'existence de la diathèse herpétique. Il n'admet pas que l'économie puisse être entachée d'un vice spécial, appelé *vice dartreux*, dont certaines affections cutanées, telles que le psoriasis, l'eczéma, ne seraient que les symptômes; par conséquent, il n'admet pas un prurigo herpétique. Pour lui, le prurigo est une maladie de la peau en elle-même, et spécialement une maladie de l'épiderme; c'est un vice dans la sécrétion épidermique, vice inhérent à l'épiderme lui-même et dont il ne faut pas chercher la cause en dehors de lui.

Pour M. Bazin, pour M. Hardy, pour M. Baudot, pour M. Doyon, le prurigo se rattache à des influences nées en dehors de la peau. Ainsi il y a un prurigo *de cause externe*, qui se développe par le fait de causes irritantes pour la peau. On le trouve chez les gens qui, par profession, sont exposés à une chaleur intense : ainsi, chez les verriers, les forgerons, les cuisiniers. On le trouve encore chez ceux qui manipulent des substances irritantes par elles-mêmes : ainsi, chez les teinturiers, les épiciers. Il fait partie des différentes lésions cutanées dont l'ensemble est désigné sous le nom de *gale des épiciers ;* dans ce cas, on trouve ses papules au mi-

lieu de papules de lichen, de pustules d'ecthyma, de plaques d'eczéma.

Pour les mêmes auteurs, il y a un *prurigo pédiculaire* ou *parasitaire* résultant de l'irritation déterminée dans l'épaisseur de la peau, ou simplement à sa surface, par l'existence des parasites végétaux ou animaux qu'on y rencontre. Ainsi le tricophyton, l'acorion capitis, qui sont les champignons de la teigne tonsurante et de la teigne faveuse, peuvent être la cause d'une poussée de prurigo. Mais ce sont surtout les parasites animaux qui engendrent le prurigo : ainsi, l'acarus de la gale et les diverses espèces de poux qui pullulent à la surface du corps, le *pediculus corporis*, le *pediculus capitis* et le *pediculus pubis*.

Nous rangerons encore dans cette même classe de prurigos celui qui accompagne quelquefois l'ictère, et qui est la conséquence de l'irritation causée à la peau par la présence de la matière colorante de la bile.

Les mêmes dermatologistes admettent encore un prurigo de cause interne. Ils sont tous d'accord pour reconnaître l'existence d'un prurigo *herpétique* ou dartreux. M. Bazin, toujours fidèle à l'arthritis, ne manque pas de décrire un prurigo *arthritique*. Il veut aussi qu'il y ait un prurigo *scrofuleux*.

Quant à nous, nous sommes d'un avis en tout point contraire à celui du professeur Hébra. Je vous ai déjà dit que nous comprenons autrement que lui la constitution anatomique du prurigo; nous disons qu'il est formé par l'hypertrophie des papilles sensitives de la peau et non point par une simple altération épidermique. Nous disons qu'il ne faut pas voir dans le prurigo une maladie restreinte à la peau et n'apparte-

nant absolument qu'à elle, soit par son siége, soit par son étiologie. Nous admettons, comme les dermatologistes français, un prurigo :

1° *De cause externe ;*

2° *Parasitaire ;*

3° *Ictérique ;*

4° *Herpétique ou symptomatique du vice dartreux.*

N'admettant pas la diathèse arthritique, nous n'admettons point par conséquent le prurigo arthritique de M. Bazin. A l'exemple de M. Hardy, nous ne pouvons pas non plus concéder au même auteur qu'il y ait un prurigo *scrofuleux*, car nous ne trouvons pas, dans la description qu'il donne de cette dernière espèce de prurigo, des caractères assez tranchés pour qu'on puisse y reconnaître ceux de la scrofule.

5° Nous nions le prurigo arthritique et le prurigo scrofuleux ; nous admettons en revanche :

Un *prurigo cachectique*. Nous trouvons ce prurigo à tous les âges de la vie, chez les tout jeunes enfants mal nourris, mal soignés, entretenus dans la saleté, dans une mauvaise hygiène. La dégradation des forces, le dépérissement, entre autres symptômes, se manifestent chez ces petits êtres par un prurigo qui, engendré par la cachexie, contribue à son tour à l'augmenter et à en précipiter la marche et les progrès par les tourments, l'agitation et l'insomnie qu'il occasionne.

Il en est de même à l'autre extrémité de la vie : le *prurigo senilis* n'est à la fois qu'un des agents, un des indices et un des effets de la décrépitude ou cachexie sénile.

6° Nous admettons enfin, avec M. Doyon, un *prurigo héréditaire* dont la nature est herpétique.

DIAGNOSTIC.

L'affection cutanée avec laquelle il serait le plus facile de confondre le prurigo est le *lichen*. Ces deux affections ont entre elles de grands traits de ressemblance, qui pourraient en effet favoriser cette confusion, mais, en même temps, elles ont des points de dissemblance assez tranchés pour qu'il soit possible, surtout dans leur période d'état, de les différencier.

Le prurigo et le lichen ont la même lésion mère ou primitive, la *papule*. Mais la papule du prurigo et celle du lichen ont chacune leurs caractères particuliers, distinctifs et pathognomoniques.

Les papules du prurigo sont volumineuses, larges de base, discrètes, isolées les unes des autres, même quand le prurigo est partiel; elles sont aplaties, couronnées à leur sommet d'un petit caillot sanguin noirâtre, dur et très-sec; aucune sécrétion humide ne se produit à leur surface. Rien en elles ne ressemble à une affection aiguë; elles ne sont jamais réunies en groupes sur une même surface de peau érythémateuse; quand elles se sont développées, elles restent pendant toute leur durée dans un *statu quo* complet; elles ne sont le siége d'aucun travail de sécrétion ou d'inflammation. Tout, en elles, est essentiellement et toujours chronique, et quand elles disparaissent, c'est par un travail de résolution ou d'intussusception, en vertu duquel elles sont progressivement résorbées jusqu'à leur complet effacement, sans qu'il se produise aucune desquamation, aucune exfoliation ou perte de substance quelconque apparente.

Les papules du lichen, au contraire, sont petites,

coniques, pointues, acuminées, réunies en groupes sur une même surface; cette surface, dans le lichen aigu, est érythémateuse, avec tous les caractères d'un état congestif, inflammatoire. Il y a donc un lichen aigu dont les papules sont colorées en rouge, dont la durée est de un à deux septénaires, et dont la terminaison est signalée par une desquamation furfuracée. Si le lichen affecte la forme chronique, les papules présentent la même disposition en groupes. Souvent, sous l'influence des démangeaisons et des grattages qu'elles occasionnent, on voit poindre, à leur sommet, de petites vésicules remplies d'une sérosité claire, limpide; quand les vésicules s'ouvrent, le liquide qu'elles contenaient se concrète sous forme de lamelles, ou croûtelles minces et foliacées, adhérentes dans un de leurs points, libres et flottantes dans le reste de leur étendue, en sorte que l'on a sous les yeux l'aspect que donnent les lichens qui recouvrent le tronc des vieux arbres. La sécrétion humide continue souvent à s'opérer sous les croûtes; elle suinte d'une manière assez abondante pour que toute la région malade en soit comme arrosée. Cette forme de lichen, avec sécrétion humide, a reçu le nom de *lichen agrius*. Elle rappelle l'eczéma; la forme, à la fois aiguë et chronique, de l'eczéma; il y a là la sécrétion, le suintement et les croûtes de l'eczéma. Mais il y a aussi les papules du lichen. C'est donc un eczéma enté sur un lichen; c'est un mélange de lichen et d'eczéma; c'est une sorte de *métis* ou d'affection mixte, hybride et bâtarde qui tient à la fois du lichen et de l'eczéma, et qui, en raison de ce double caractère, a reçu le nom d'*eczéma lichénoïde* ou de *lichen eczémateux*. Vous ne verrez jamais rien de semblable se produire dans l'évolution du prurigo, qui

reste toujours une affection chronique dans sa forme aussi bien que dans sa durée, sèche, immuable, sans modification, et sans aucune sécrétion.

Le prurigo siége le plus habituellement sur les régions où la peau a le plus de sécheresse et d'épaisseur : ainsi, à la face postérieure du tronc, à la face externe des membres.

Le lichen, au contraire, recherche les régions où la peau a le plus de finesse et d'humidité, où elle est le plus riche en follicules sébacés ou sudoripares : ainsi, on le trouve, le plus habituellement, à la face antérieure du tronc, sur la partie supérieure de la région thoracique, sur les seins, dans l'aisselle, à la partie interne des membres, au pli du coude et du poignet, au creux poplité. De même que le prurigo, on ne le trouve jamais à la paume des mains ni à la plante des pieds.

La douleur du prurigo se traduit surtout sous forme de démangeaisons, d'élancements, de cuissons, de brûlures.

La douleur du lichen, souvent tout aussi intolérable, ressemble plutôt à des picotements ; les malades la comparent à des coups d'épingle, à des milliers de pointes d'aiguille qui s'enfonceraient dans leur peau.

Le prurigo, après un certain temps de durée, dénature la peau, la dessèche, y détermine une hypersécrétion pigmentaire, qui lui donne une teinte brunâtre, bronzée, rappelant la coloration de la maladie d'Addisson.

Le lichen, devenu chronique, dénature aussi la peau, mais c'est surtout en l'épaississant, en augmentant l'épaisseur de la saillie, le relief de ses plis, et par conséquent en rendant plus prononcés et plus creux les

sillons qui les séparent. C'est surtout la couche épidermique qui est épaissie et indurée ; elle donne, au toucher, une sensation de sécheresse, de rugosité, d'épaisseur et d'induration qui rappelle la peau des Pachydermes, celle du rhinocéros en particulier. C'est en raison de cette hypergenèse épidermique que M. Bazin pense que le siége anatomique du lichen réside dans la papille du derme chargée de sécréter l'épiderme.

M. Cazenave, envisageant le lichen surtout au point de vue de la douleur qu'il occasionne, place son siége anatomique dans la papille nerveuse du derme, et considère cette affection comme une névrose. A ses yeux, le lichen constitue une affection nerveuse des papilles sensitives de la peau.

C'est précisément l'opinion que nous avons émise pour le prurigo, auquel nous assignons, comme siége anatomique, les papilles sensitives du derme. Nous les avons considérées comme formant, par leur hypertrophie, les papules du prurigo, qui seraient, par conséquent, comme autant de petits névrômes.

Le lichen, dans sa variété dite *pilaris*, affecte bien réellement la papille pileuse, sur laquelle il se développe, et dont il exagère et hypertrophie le volume.

De sorte que nous pouvons considérer le lichen comme étant constitué anatomiquement par l'altération de trois des éléments constitutifs du corps papillaire du derme : la papille épidermique, la papille sensitive et la papille pileuse.

Le lichen affecte la forme aiguë et la forme chronique. Aigu, c'est une sorte de fièvre éruptive, c'est un pseudo-exanthème précédé de prodromes fébriles, caractérisé par l'éruption généralisée ou limitée, à certai-

nes régions, de papules petites, acuminées, réunies en groupes sur des surfaces érythémateuses, et se terminant par une desquamation furfuracée, après une durée de 1 à 2 septénaires. Chronique, le lichen est, pour M. Bazin, l'expression de la dartre, de l'arthritis, de la syphilis et de la scrofule. M. Bazin le range dans la classe des *scrofulides bénignes;* M. Hardy lui refuse, comme au prurigo, le caractère scrofuleux qu'Hébra, au contraire, lui reconnaît, en le décrivant sous le nom de *lichen scrofulosorum*.

Comme le prurigo, le lichen est aussi de cause locale ou externe, et d'origine parasitaire.

Le prurigo et le lichen présentent donc les plus grandes analogies, soit comme lésions anatomiques, soit comme symptômes, soit comme expression séméiotique; cependant, ce sont deux affections différentes; nous avons cru devoir les rapprocher dans une sorte de tableau synoptique et comparatif, afin d'en mieux faire ressortir les ressemblances et les dissemblances.

Revenons maintenant au prurigo : nous venons de voir qu'on peut toujours le distinguer du lichen ; on ne le confondra pas non plus avec le *strophulus*, affection aiguë, sans durée, caractérisée par des papules blanches ou rosées, se développant sur une base érythémateuse, et souvent terminées à leur sommet par une petite vésicule.

M. Hardy a décrit, sous le nom de *strophulus prurigineux*, une affection papuleuse dont le prurit est le meilleur caractère, et qui n'est en réalité qu'un prurigo de cause externe.

Ainsi donc le diagnostic du *genre prurigo* ne pré-

sente jamais de grandes difficultés. Il en est de même du diagnostic de sa nature.

Le prurigo de cause externe ou locale se reconnaîtra facilement, à sa limitation aux régions sur lesquelles la cause morbide aura concentré son action, à sa prompte terminaison, dès que cette cause aura été supprimée, et à sa réunion avec d'autres affections cutanées ayant des caractères anatomiques ou des lésions mères différentes. Les mêmes considérations s'appliquent au prurigo parasitaire.

Cependant il y a, pour le prurigo parasitaire, un caractère tout spécial et sur lequel j'appelle votre attention. Quand vous voyez à la base du cou, sur la partie supérieure du dos et sur les épaules, une agglomération de papules de prurigo, diagnostiquez tout de suite, et par cela même, un *prurigo parasitaire symptomatique des pediculi corporis*. La considération du siége est ici de la plus haute importance, au point de vue du diagnostic. Et, de même, les papules de prurigo développées sur la région pubienne vous annonceront l'existence des *pediculi pubis*.

Le prurigo herpétique, le vrai prurigo, est caractérisé par sa longue durée, par sa ténacité, par sa récidivité, par l'intensité des démangeaisons qu'il détermine ; c'est lui qui se présente avec les caractères du *prurigo formicans* et du *prurigo ferox*. Il est quelquefois limité à une seule région, mais le plus souvent il est généralisé.

Le prurigo *cachectique* existe surtout sur le tronc et sur les membres inférieurs. Vous le reconnaîtrez aussi à l'état général du malade.

PRONOSTIC.

Hébra établit en principe que le prurigo est incurable. Voici comment il s'exprime à cet égard :

« La perspective qui s'offre à un malheureux, affligé de prurigo, a déjà été peinte sous des couleurs assez sombres. Seulement ceux qui ne connaissent pas cette maladie dans toute sa puissance peuvent affirmer qu'elle est rarement curable ; mais il ne suffit pas de dire qu'elle guérit rarement, car, à ce compte, dans certaines conditions, on pourrait la guérir ; non, elle est *incurable*. Il résulte de là que tout ce que le médecin peut faire, c'est d'employer les moyens à l'aide desquels il puisse rendre plus tolérable le sort de la personne qui souffre, et qui se trouve éprouvée d'une manière aussi pénible, et de l'empêcher de tomber dans le désespoir. »

M. Doyon n'est pas moins sévère qu'Hébra relativement au pronostic du prurigo, « du vrai prurigo, dit-il, de cette maladie qui commence presque avec la vie, ne fait avec ses malheureuses victimes que de brèves et incomplètes trêves et dure jusqu'à leur mort ».

Nous ne saurions, quant à nous, admettre un pronostic aussi fâcheux, et porté d'une manière aussi générale et aussi absolue sur le prurigo. Il est impossible, en effet, d'attribuer la même gravité à toutes les variétés de prurigo : elles ne peuvent pas être toutes indistinctement confondues dans le même jugement.

Nous dirons donc que le pronostic que vous aurez à porter sur le prurigo, variera suivant la nature de ce prurigo, suivant sa disposition, et suivant son siége.

Le *prurigo de cause externe locale* ne présente au-

cune gravité ; il guérit facilement après la cessation de la cause locale qui l'a produit, et grâce à l'emploi de quelques topiques. Il en est ainsi du prurigo qui contribue à constituer l'affection complexe connue sous le nom de *gale des épiciers*.

Il en est de même du *prurigo parasitaire*, et spécialement du plus commun de tous, de celui qui est localisé sur les épaules, à la base du cou, et dont l'existence est liée aux *pediculi corporis ;* il disparaît très-vite après la destruction des parasites et sous l'influence de quelques bains sulfureux.

Le *prurigo cachectique* est plus grave ; né par le fait d'un état cachectique, il ne guérit qu'avec la cachexie elle-même, sous l'influence de laquelle il s'est développé et dont il est un des symptômes.

Le *prurigo herpétique* surtout, lorsqu'il est héréditaire, est l'espèce de prurigo dont le pronostic est le plus fâcheux. Il est remarquable par sa ténacité, par sa persistance, par sa durée indéfinie, par ses récidives, par les souffrances qu'il fait endurer aux malades ; c'est lui qui a mérité le nom de *prurigo formicans* et de *prurigo ferox*. C'est lui qui, quelquefois, est incurable, comme la diathèse herpétique dont il est l'expression.

Le prurigo partiel est plus difficile à guérir que le prurigo généralisé, et parmi les divers siéges que le prurigo peut occuper, les organes génitaux, ceux de la femme surtout, sont les régions où il est le plus réfractaire au traitement. Le *prurigo scroti*, le *prurigo podicis*, ou de la marge de l'anus, le *prurigo pudendi muliebris* ou de la vulve, sont des variétés habituellement très-tenaces ; elles se rattachent le plus souvent à l'herpétis ; elles sont remarquables par d'opiniâtres récidives et par

des exacerbations qui coïncident avec l'époque des règles, et qui sont aussi causées et entretenues par la grossesse.

TRAITEMENT DU PRURIGO.

« C'est une tâche ingrate, dit Hébra, que de discuter la thérapeutique d'une affection incurable, et comme on a vu qu'il en est ainsi du prurigo, son traitement ne peut avoir qu'un but, celui d'atténuer le mal. »

Le même auteur déclare « qu'il n'a jamais observé, dans le traitement du prurigo, de bons effets de remèdes internes quelconques....., que ses observations lui ont appris qu'il n'y a ni médecine interne ni régime spécial capable d'influencer, soit en bien, soit en mal, le prurigo, même à son plus léger degré...., *que des remèdes externes seuls sont de quelque utilité dans le prurigo*...., et que les seules applications qui lui aient paru posséder quelque valeur dans cette maladie sont celles qui *ramollissent et enlèvent les couches les plus superficielles de l'épiderme* ».

Nous nous sommes déjà permis de reprocher au savant dermatologiste du Grand-Hôpital de Vienne son pronostic trop sévère, trop exclusif, trop absolu sur le prurigo; nous nous permettrons maintenant de lui reprocher tout ce qu'il y a de désespérant, de sceptique et d'étroit dans sa thérapeutique. Comment, du reste, pourrait-il en être autrement? Certes, nous ne contestons pas le talent, la science et l'esprit distingué de notre éminent collègue de Vienne, mais pour apprécier combien ses idées sur le prurigo sont défectueuses, rappelons-nous quels sont les grands principes qui doivent

diriger toute bonne thérapeutique, et quelle est la source unique de laquelle doit découler toute médication sérieuse, valable, efficace.

Il n'y a pas de bon traitement sans un bon diagnostic, sans une appréciation saine, exacte et dépourvue d'idées préconçues de la maladie relativement aux diverses formes qu'elle peut revêtir, aux diverses variétés sous lesquelles elle peut se présenter, à ses diverses causes et à ses diverses natures. Or Hébra n'admet pas la diathèse herpétique, il n'admet pas qu'il existe dans l'économie un principe vicieux appelé *dartre* ou *herpétis*, qui se manifeste par des lésions cutanées, dont la guérison ne peut dépendre, par conséquent, que de la destruction de ce principe vicieux; il a le tort immense de méconnaître, de nier, cette grande source de toute une grande famille de dermatoses; il en résulte que sa thérapeutique est impuissante contre toutes les affections de nature dartreuse, puisqu'il ne sait pas, puisqu'il ne veut pas les attaquer dans leur origine, par le traitement général diathésique qui leur convient et qui seul peut les atteindre dans leur germe.

De plus, dans la question du prurigo, il ne distingue pas de variétés ni d'espèces différentes; il ne voit que le prurigo, à son maximum d'intensité et de gravité, celui que nous appelons, nous, le prurigo herpétique; il ne veut pas voir la nature diathésique de ce prurigo, et il lui refuse le traitement général, toujours indispensable dans les affections diathésiques. Rien d'étonnant donc à ce que le prurigo soit incurable entre ses mains.

Rayer et Wilson voulaient que l'on combattît le prurigo par la saignée du bras; cette médication. énergi-

quement attaquée par Alibert, est depuis longtemps, à juste titre, abandonnée.

Le traitement du prurigo, pour être rationnel et valable, doit être déduit de la double appréciation de sa nature comme lésion anatomique, et ensuite de sa nature comme maladie ou entité morbide. L'appréciation du prurigo, considéré relativement à la lésion anatomique qui le constitue, indiquera quel est le traitement local ou externe qui lui convient; et l'appréciation de sa nature, comme maladie, apprendra s'il faut recourir à un traitement interne, et quel doit être ce traitement interne.

Si nous envisageons le prurigo relativement à la lésion anatomique qui le constitue, nous voyons que cette lésion est de nature nerveuse et qu'elle est caractérisée par l'altération hypertrophique des papilles sensitives du derme, de sorte que nous avons pu dire que chaque papule du prurigo peut être considérée comme une sorte de petit névrôme. Déjà, en 1844, M. Cazenave avait soutenu une opinion à peu près semblable : il avait cherché à établir que le prurigo a son siége principal dans le système nerveux, et qu'il provient d'une altération spéciale de ce tissu; il avait vu en lui une *hypéresthésie cutanée*, poussant à la démangeaison et au grattage, et consécutivement à une éruption papuleuse.

Que la papule du prurigo soit, comme le veut M. Cazenave, le résultat des démangeaisons et des grattages; qu'elle soit au contraire, comme nous le prétendons, la lésion mère primitive du prurigo, toujours est-il que le prurigo est une affection nerveuse ayant son siége dans les capillaires nerveux du derme, et spécia-

lement dans leurs houppes terminales, parties intégrantes et constituantes des papilles sensitives.

Or, généralement, dans les affections nerveuses, les calmants, les opiacés *intus* et *extra* ne réussissent pas ; ce sont surtout les révulsifs qui donnent de bons résultats. Il en est ainsi pour le prurigo ; les applications émollientes, opiacées, les préparations narcotiques, externes ou internes, n'apportent aucun soulagement, tandis qu'on en obtient d'incontestables par des révulsifs et des modificateurs locaux ; c'est donc dans cet ordre, dans cette classe de moyens thérapeutiques qu'on devra chercher la médication qui convient au prurigo en lui-même, considéré comme lésion anatomique, abstraction faite de la cause sous l'influence de laquelle il s'est développé.

Cette cause ne devra pas être perdue de vue ; c'est elle qui dictera le traitement général, sur la nécessité duquel nous insistons, convaincu, contrairement à l'avis d'Hébra, de sa très-grande importance.

Ces principes généraux une fois posés, arrivons à leur application.

Le traitement du prurigo variera selon sa nature : le prurigo *de cause externe ou locale* et le prurigo *parasitaire* guériront très-vite, sous l'influence de quelques bains ou de quelques topiques modificateurs, après la destruction des parasites et l'éloignement des causes à la suite desquelles il s'était produit.

Ainsi, le prurigo siége-t-il sur les épaules, à la base du cou ; est-il symptomatique de l'existence des *pediculi corporis :* commencez par prescrire un ou deux grands bains, contenant en dissolution chacun 15, 20, 30 grammes de sublimé (bichlorure de mercure). Il n'en faudra

pas davantage pour détruire les parasites. Une fois les parasites détruits, faites prendre une série de 6 à 10 bains sulfureux, composés chacun de : sulfure sec de potassium, 100, 125, 150 grammes, et vous verrez disparaître les papules du prurigo. L'affection, dans ces deux cas, étant de cause locale, aucun traitement général ne sera nécessaire.

Le prurigo est-il *cachectique?* Ici vous avez à remédier à la cause générale, à la cachexie qui l'a produit; donc, traitement général : analeptiques, reconstituants, toniques, amers, viande crue, viandes saignantes, ferrugineux, quinquina, hygiène meilleure, etc. En même temps, traitement local s'adressant directement à la lésion cutanée : badigeonnages avec un liquide doué de propriétés modificatrices, tel que l'huile de cade de genévrier, alternés avec des bains alcalins et sulfureux.

Vous verrez, sous l'influence de ces moyens, le prurigo diminuer d'intensité, s'éteindre et disparaître progressivement, à mesure que l'état cachectique sera remplacé par une santé meilleure.

Le prurigo est-il *herpétique*, c'est-à-dire avez-vous affaire au vrai prurigo, au *prurigo formicans*, au *prurigo ferox*, qui, par l'excès des douleurs qu'il occasionne, va jusqu'à troubler la raison des malades et jusqu'à les porter au désespoir et au suicide; ce prurigo enfin, qu'Hébra déclare incurable : ne vous découragez pas; ayez, au contraire, pleine foi dans la guérison qui, le plus souvent, récompensera vos efforts; instituez une double médication, une médication interne diathésique, suivant le conseil de M. Bazin; faites prendre des préparations arsenicales; donnez tous les jours 6, 8, 10,

12 des pilules suivantes, que vous partagerez entre les trois repas :

Arséniate de soude.	1 milligramme.
Extrait de gentiane.	10 centigrammes.

Mêlez pour chaque pilule.

Ou bien 3, 4 ou 6 grandes cuillerées de la solution suivante, que vous partagerez également entre les trois repas :

Arséniate de soude.	10 centigrammes.
Eau distillée.	500 grammes.

Secondez l'action de l'arsenic, reconstituante, mais surtout altérante au point de vue de la constitution herpétique, secondez-la par l'action tonique du fer, du quinquina : le fer et l'arsenic vont très-bien ensemble ; donnez du quinquina, des eaux minérales apéritives, fortifiantes, telles que les eaux de la Bauche, d'Orezza, de Marcols ; soignez l'hygiène du malade au point de vue de l'alimentation et de l'aération..... Voilà pour le traitement interne ; ne le négligez pas, et n'allez pas croire, comme le dit Hébra, qu'il soit inutile et sans efficacité.

Mais, en même temps, ne négligez pas non plus le traitement externe : plus l'affection est tenace et réfractaire, plus vous aurez à déployer d'énergie et de variété dans vos moyens d'action. Adressez-vous à des topiques doués de propriétés révulsives, perturbatrices, modificatrices de la sensibilité et de l'innervation cutanée. Employez successivement et alternativement des bains vinaigrés, des bains alcalins, des bains sulfureux, des bains aromatiques, des bains de vapeur ; soumettez

le malade aux diverses applications de l'hydrothérapie, aux douches froides et chaudes alternativement, en colonne et en pluie... Badigeonnez toutes les surfaces malades avec de l'huile de cade de genévrier, avec de la teinture d'iode. L'usage combiné de ces divers moyens nous donne journellement les résultats les meilleurs et les moins contestables. Vous arriverez ainsi, avec de la persévérance, à guérir les prurigos réputés les plus incurables.

Le même traitement interne et externe conviendra au lichen chronique, herpétique qui laisse la peau épaissie, indurée, pachydermisée ; la couche épidermique en est épaissie, hypertrophiée ; elle donne, au toucher, la sensation d'une peau sèche, rugueuse, dépourvue de souplesse, d'élasticité, recouverte d'une carapace épidermique analogue au tégument externe des Pachydermes. Les douches chaudes et froides, les douches de vapeur, les douches alcalines et sulfureuses, détremperont cette carapace épidermique, inerte, qui ne vit plus, qui étreint le derme et étouffe en quelque sorte sa vitalité ; elles la pénétreront petit à petit et rappelleront, par l'excitation qu'elles feront pénétrer jusqu'à lui, le derme à son état physiologique ; elles réveilleront, au sein de sa trame, les sécrétions humides, dont il est naturellement le siége, et qui s'étaient taries, pour faire place à une sécrétion unique, à l'hypergenèse d'un épiderme malade et dénaturé. A l'action puissamment modificative de ces douches, joignez les badigeonnages à l'huile de cade, joignez surtout les badigeonnages à la teinture d'iode ; c'est un léger cathérétique qui usera petit à petit, et couche par couche, cette surface épidermique presque cornifiée ; c'est, en quelque sorte,

le coup de rabot qui lui rendra sa ténuité normale.

Tel doit être le traitement externe de cette forme chronique du lichen ; nous n'omettons pas le traitement diathésique, par l'arsenic, car ici vous avez affaire le plus souvent à une affection de nature herpétique.

Quant à la forme aiguë du lichen, elle vous représente une maladie pseudo-exanthématique, que vous combattrez par un traitement légèrement antiphlogistique, par des applications émollientes, des bains émollients, des boissons adoucissantes et des révulsifs intestinaux.

Il est une affection prurigineuse qui siége principalement dans la zone génitale, à la marge de l'anus, au périnée, dans les plis génito-cruraux, à la face interne et supérieure des cuisses, sur le scrotum, à la face externe des grandes lèvres, à leur face interne, et dans toute la vulve. Cette affection, plus commune chez la femme que chez l'homme, est caractérisée, au point de vue de ses symptômes, par des démangeaisons excessives, non continues, s'éveillant comme par accès, d'une manière intermittente, redoublant d'intensité le soir, au moment où le malade se déshabille, la nuit à la chaleur du lit, et dans la journée, sous l'influence de la chaleur. Ces démangeaisons sont irrésistibles ; quand elles se manifestent, il est impossible aux malades de se contenir, ils se grattent malgré eux, et avec une espèce de fureur et de rage, sans pouvoir s'arrêter. Ces grattages sont habituellement douloureux, et mélangés cependant, quelquefois, d'une véritable sensation voluptueuse.

Les démangeaisons, quand elles s'éveillent, deviennent si violentes, et les besoins de se gratter tellement impérieux et pressants, que ni la force de la volonté ni

les considérations de bienséance ne peuvent empêcher les malades de se gratter, ou les contraindre à s'arrêter, quand ils ont commencé à le faire; ils se grattent avec une véritable frénésie, avec une agitation nerveuse, qu'ils sont impuissants à maîtriser, jusqu'à ce qu'ils se soient enlevé des lambeaux d'épiderme, jusqu'à ce qu'il se soit produit, à la surface des parties malades, une sorte d'exhalation d'un liquide séro-gommeux. C'est habituellement le signal de la fin de la crise; c'est aussi le moment où commencent à se faire sentir des cuissons très-douloureuses et très-brûlantes, conséquences de l'action immodérée des ongles ou des corps étrangers dont les malades se sont servis pour se gratter. Les nuits se passent ainsi sans sommeil, et nous avons vu des femmes se condamner à une véritable séquestration, s'éloigner de toutes les relations sociales possibles, de crainte de s'y voir prises par les accès de démangeaisons.

La durée de cette affection est indéterminée; elle est souvent de plusieurs années; elle s'exaspère aux époques menstruelles, et pendant la grossesse, qui l'empêche habituellement de céder même au traitement le plus efficace.

Quand elle dure depuis un certain temps, les tissus cutanés ou muqueux s'épaississent, ils changent de couleur et prennent une teinte d'un blanc rose; leurs surfaces sont labourées par des égratignures, et des excoriations provenant des grattages; non-seulement les parties atteintes sont épaissies, elles deviennent encore sèches et indurées, et, si c'est la marge de l'anus qui est malade, les plis anaux sont beaucoup plus prononcés, ainsi que les sillons anfractueux qui les séparent.

Une des conséquences les plus redoutables de cette maladie, c'est de porter à l'onanisme, vous le comprenez facilement.

Nous l'avons vue siéger en dehors de la zone génitale, être limitée, circonscrite à une surface plus ou moins étendue, soit des membres, des membres inférieurs surtout, soit du tronc.

Willan, Alibert, Rayer, Devergie, M. Bazin, décrivent cette affection sous le nom de *prurigo latent* ou de *prurigo sans papules*.

Or, est-ce bien là un prurigo? Nous ne le pensons pas, et nous ne saurions admettre cette dénomination, par les motifs suivants : 1° il n'y a pas de papules, donc le caractère anatomique du prurigo, la lésion matérielle qui le constitue, manque; 2° on trouve surtout le prurigo dans les régions où la peau est sèche, épaisse; or elle n'est nulle part plus humide et plus fine que dans la zone génitale, siége habituel de l'affection qui nous occupe; 3° le prurigo est toujours une maladie sèche, aride et sans aucune sécrétion; or nous avons vu que souvent la fin des crises est signalée par une exhalation humide. Ces différents motifs nous portent donc à penser que ce n'est pas là un prurigo. Ne serait-ce pas plutôt un lichen? En effet, le lichen est une affection tout aussi *prurigineuse* que le prurigo.

Les papules du lichen étant infiniment plus petites que celles du prurigo, elles peuvent plus facilement se dissimuler et rester inaperçues.

Le siége de prédilection du lichen est toute région où la peau est mince et humide.

Le lichen devenu ancien et chronique dénature la peau, l'épaissit, en exagère les plis.

Le lichen, bien qu'étant par lui-même une affection papuleuse, c'est-à-dire sèche et sans sécrétion, se complique cependant quelquefois, dans une de ses formes, d'une sorte de sécrétion humide qui rappelle celle qui s'opère à la fin des crises de la maladie que nous étudions.

Par ces différents motifs, nous pensons que cette maladie serait dénommée *lichen*, plus justement que *prurigo latent ou sans papules*.

Nous l'avouons cependant, bien qu'elle ressemble à un lichen plus qu'à un prurigo, elle est dépourvue du caractère pathognomonique, de la lésion anatomique mère du lichen, qui est la papule ; du moins cette lésion anatomique n'est pas appréciable, on ne la constate pas. Si par ce motif on ne veut pas que ce soit un lichen, disons qu'il y a là une hypéresthésie de la peau, une sorte de névralgie sans lésion, en un mot, une affection nerveuse sans lésion, ou, en d'autres termes, un *prurit sans papule ou sans prurigo*. Et comme le siége de cette affection est le plus souvent dans la région génitale, appelons-la, en la considérant comme purement nerveuse, *un prurit génital*.

Vous guérirez cette maladie par le traitement local sur lequel nous avons insisté pour le prurigo. Ainsi, médication locale, révulsive et perturbatrice de l'innervation; applications hydrothérapiques, douches froides ou très-chaudes; badigeonnages à la teinture d'iode, à l'huile de cade, répétés ; lotions répétées avec la solution suivante, dont on mettra une cuillerée à café dans un quart de verre d'eau :

Sublimé.	1 gramme.
Chlorhydrate d'ammoniaque. .	1 gramme.
Eau.	100 grammes.

On prescrira de 4 à 6 lotions par jour; ces lotions seront prolongées; on recommandera aux malades de ne pas s'essuyer et de se saupoudrer, après chaque lotion, avec la poudre d'amidon.

Ces divers moyens locaux ou externes suffisent, dans l'immense majorité des cas, pour guérir le *prurit génital*. Si ce prurit est réfractaire, très-ancien et remarquable par ses récidives, on peut considérer qu'il se rattache à une cause diathésique dartreuse, et alors on soumettra le malade au traitement arsenical, qui sera suivi conjointement avec le traitement externe.

FIN DE LA PREMIÈRE PARTIE.

DEUXIÈME PARTIE

TRENTE ET UNIÈME LEÇON

Caractères généraux des lésions cutanées de la scrofule au point de vue de leur diagnostic.

Messieurs,

L'hôpital Saint-Louis est la patrie adoptive de la scrofule ; il en est le refuge, on pourrait même dire le paradis terrestre, tant sont excellentes les conditions d'hygiène, d'habitation et de traitement dont il dispose pour elle. Nous avons ici deux catégories bien distinctes de scrofuleux : les uns sont malades, ils sont hospitalisés, vous les voyez dans nos salles ; les autres, malgré des difformités souvent repoussantes, suite de lésions plus ou moins anciennes, ou plutôt à cause et en raison même de ces difformités, par trop hideuses pour permettre à ces malheureux de rester au dehors dans la vie sociale, y sont conservés à demeure définitivement, utilisés, et investis de diverses fonctions ; vous les rencontrez partout, à chaque pas, en pleine activité de service et d'emploi ; leurs figures ébréchées, couturées, sans nez quelquefois, qui, dans un tout autre milieu, seraient un objet d'horreur et de dégoût, passent ici presque inaperçues, tant nous y sommes habitués. Vous en aurez été sans doute, au premier abord, comme nous-même autrefois, choqués et péniblement

affectés; mais cette première et fâcheuse impression n'existe plus dès qu'on s'est acclimaté à l'hôpital Saint-Louis. Voyons donc quelle est cette maladie, si commune à la fois et si terrible par les ravages qu'elle occasionne.

On désigne sous le nom de *scrofule* une maladie constitutionnelle, héréditaire, non contagieuse, chronique, dont les lésions, chroniques aussi dans leur évolution, tantôt hypertrophiques, tantôt ulcéreuses et destructives, atteignent la peau, les muqueuses, les tissus cellulaire et fibreux, les cartilages, les os, les viscères, sont fixes dans leur siége, sans douleur, sans réaction générale, et laissent après elles, quand elles guérissent, des cicatrices indélébiles et pathognomoniques.

A côté et en dehors de la maladie scrofuleuse, il y a aussi la constitution scrofuleuse; celle-ci résulte de la réunion de différents états physiques anormaux, dont l'ensemble la caractérise. Ainsi, défaut d'harmonie dans les proportions des diverses parties du corps; la tête trop grosse ou trop petite; les membres trop longs ou trop courts ; difformités de la face, dont l'expression est le plus souvent disgracieuse et désagréable, quand elle n'est pas repoussante : ainsi le front est tantôt bas, étroit et déprimé, et tantôt d'une saillie exagérée, les yeux petits, à peine ouverts, les paupières bouffies, comme infiltrées, chassieuses; le nez, camard, est court, déprimé, enfoncé dans sa racine, arrondi à son extrémité libre et dans ses ailes, dont l'épaisseur rétrécit l'ouverture des fosses nasales. La bouche est habituellement très-grande ; les lèvres, épaisses, sont renversées en dehors ; les pommettes sont saillantes, le

diamètre transverse de la face trop considérable ; la peau est fine, mate, terreuse ou, au contraire, d'un rouge foncé, disposé en plaques nettement circonscrites, et ne se fondant point avec les teintes environnantes. Le cou est court, volumineux, la poitrine étroite, le ventre gros; les doigts ont leur extrémité élargie en forme de palette.

La sensibilité générale est le plus souvent obtuse, l'imagination lente, l'intelligence bornée, les sens peu développés.

Les fonctions animales restent quelquefois normales ; souvent aussi elles présentent les anomalies les plus prononcées : l'inappétence alterne avec l'appétit le plus immodéré ; la constipation la plus opiniâtre, avec une diarrhée difficile à maîtriser. En un mot, au défaut d'harmonie dans les formes extérieures correspond un défaut d'équilibre et de régularité dans l'exercice des fonctions physiologiques.

Tels sont les principaux attributs du tempérament scrofuleux. Voyons maintenant comment se caractérisent, dans leur physionomie, les diverses lésions qui constituent la scrofule ou la maladie scrofuleuse.

Messieurs, plusieurs maladies ont un cachet pathognomonique et des traits tellement accentués et distinctifs, qu'on les reconnaît tout de suite, à première vue, et en quelque sorte à distance : ainsi, la phthisie pulmonaire, la péritonite, la fièvre typhoïde... Il en est de même des lésions de la scrofule ; elles possèdent des caractères extérieurs si tranchés, que vous devez, dans l'immense majorité des cas, pouvoir les diagnostiquer sans difficulté ; ce sont ces caractères que je veux vous montrer aujourd'hui.

1° *Siége.* — Les lésions de la scrofule, quelles qu'elles soient, ont deux siéges de prédilection : la face et le cou. Sur la face, elles choisissent de préférence le nez et les pommettes. Au cou, on les trouve dans deux endroits différents : dans la région sous-maxillaire, et dans les régions latérales et longitudinales.

2° *Fixité.* — L'immobilité est un des plus précieux caractères des lésions scrofuleuses. Elles restent là où elles se sont établies tout d'abord ; elles y persistent des années entières, dix ans, quinze ans ; elles y parcourent les diverses phases de leur évolution sans changer de place. Pour mieux apprécier dans toute sa valeur, au point de vue du diagnostic, ce caractère de fixité, rappelez-vous la mobilité excessive des lésions de la syphilis, qui sont essentiellement nomades, éparpillées sur tout le corps, ou que l'on voit successivement parcourir toute son étendue. Rappelez-vous les lésions de la dartre, qui se généralisent et se répandent symétriquement tout le long des membres et du tronc ; seules, les lésions de la scrofule sont immobiles.

3° *Durée.* — Elles nous présentent la double fixité de siége et de durée. En effet, la chronicité est un de leurs attributs les plus constants, et leur durée est souvent indéfinie.

4° *Absence de douleur et de réaction générale.* — Tandis que les lésions de la dartre présentent, parmi leurs caractères les plus constants, le phénomène douleur, à divers degrés d'intensité, et varié sous plusieurs formes (démangeaisons, picotements, élancements, cuis-

sons, brûlures), celles de la scrofule jouissent à cet égard de l'immunité la plus remarquable ; vous verrez les scrofulides les plus étendues, les plus profondes, les ulcérations, les destructions les plus vastes et les plus effrayantes ne donner lieu à aucune douleur, n'éveiller aucun trouble général, aucun désordre fonctionnel, et coïncider avec la santé la meilleure.

5° *Coloration.* — Les lésions de la dartre se présentent à nous avec des couleurs multiples et variées ; celles de la syphilis sont invariablement d'une teinte rouge brunâtre, que l'on a comparée à de la chair de jambon cru ; celles de la scrofule sont d'un rouge plus vif, plus foncé, plus vineux. Ce sont souvent de vastes plaques d'un rouge framboisé, qui disparaissent à la pression du doigt, pour reparaître aussitôt, à la manière des exanthèmes. Cette coloration, tout à fait pathognomonique, et qui n'appartient qu'à la scrofule, constitue à elle seule quelquefois toute la lésion, et d'autres fois elle accompagne d'autres lésions, autour desquelles elle forme une auréole, dont la teinte sera toujours précieuse pour éclairer le diagnostic.

6° *Hypertrophie ;* 7° *atrophie.* — Les lésions de la scrofule, quelles qu'elles soient, ont un caractère qui leur fait rarement défaut : c'est l'hypertrophie des tissus qui leur servent de siége. Ces tissus sont épaissis, bouffis, empâtés, comme infiltrés, et d'une épaisseur beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. Que cette bouffissure existe seule comme lésion, ou qu'elle soit accompagnée d'une autre lésion, lorsqu'elle guérit, elle devient le siége d'un travail de résorption, d'in-

tussusception, qui produit une véritable atrophie des tissus précédemment hypertrophiés. En sorte que, si *la maladie* était caractérisée par *une difformité hypertrophique*, *la guérison* se caractérise à son tour par une *difformité atrophique*. De là ces ectropions qui succèdent à l'hypertrophie des paupières ; de là ces nez qui restent désagréablement pointus et lancéolés après avoir été d'un développement exagéré ; de là ces lèvres, autrefois bouffies et trop épaisses, et maintenant anormalement amincies, froncées et bridées, qui défigurent la bouche, sont insuffisantes à la fermer complétement, laissent s'écouler la salive, gênent la parole et la mastication.

8° *Tendance à la suppuration, à l'ulcération et à la destruction.* — En outre des caractères précédemment indiqués, les lésions de la scrofule se distinguent par cette triple tendance.

1° Le pus qu'elles produisent est séreux, mal lié, sans épaisseur, sans homogénéité, contenant des portions de tissu cellulaire ou des fragments ganglionnaires détachés.

2° Les ulcérations se recommandent à votre attention par des caractères tout à fait pathognomoniques et qui, à eux seuls, suffisent à en faire connaître la nature. Leurs bords sont amincis, déchiquetés, décollés, de sorte que le fond de l'ulcération est plus large en réalité qu'il ne l'est en apparence, puisque cette ulcération se prolonge sous les bords, qu'il est toujours facile de soulever. Le fond de l'ulcération est fongueux, inégal, rempli de bourgeons charnus, sanieux et violacés. Or, si vous avez présent à l'esprit : 1° que les ulcérations syphilitiques ont leurs bords tranchants, coupés à pic, jamais décollés,

nettement tranchés, et leur fond lisse, uni et tapissé d'une sorte de membrane grisâtre ; 2° que les ulcérations du cancroïde ont leurs bords saillants, indurés, cartilagineux, renversés en dehors, et leur fond parsemé de bosselures dures et anguleuses ; 3° que les ulcérations de l'herpétisme sont superficielles et ont des bords biseautés et jamais décollés ; si vous vous rappelez bien les caractères différentiels de ces ulcérations de natures diverses, vous saurez toujours, et à première vue, reconnaître et diagnostiquer l'ulcération de la scrofule.

3° L'ulcère scrofuleux est tantôt superficiel et serpigineux : il détruit alors les parties en surface ; à mesure qu'il s'avance périphériquement, les parties centrales, qu'il avait occupées d'abord, se cicatrisent, et restent à l'état de tissu réticulé, inégal, bosselé et hypertrophique ; tantôt, au contraire, l'ulcère scrofuleux ronge les parties en profondeur : il détruit la peau, tous les tissus mous, les cartilages, perfore les os, et opère ces ravages épouvantables qui font des malheureux malades de véritables monstres, hideux et repoussants. C'est ainsi que vous pouvez voir, dans cet hôpital, des yeux sans paupières, des visages sans nez, des fosses nasales béantes, communiquant, à travers la voûte palatine perforée, avec la cavité buccale, déformée par des lèvres qui n'en sont plus, qui, devenues impropres à la fermer, laissent à découvert les gencives, les dents et la langue, et ne peuvent plus retenir la salive, dont l'écoulement incessant est aussi dégoûtant à voir qu'il est épuisant pour le malade.

9° *Squames*. — La scrofule a ses squames, comme la dartre et la syphilis ; elles se distinguent par leurs peti-

tes dimensions ; elles sont, en quelque sorte, furfuracées quant à leur étendue ; mais elles sont épaisses, denses, résistantes, rugueuses, et surtout excessivement adhérentes aux parties sous-jacentes, dont il est impossible de les détacher sans produire d'excoriations.

10° *Croûtes.* — Tandis que les croûtes de la syphilis sont épaisses, sèches, dures, anguleuses, et d'un vert brunâtre analogue au bronze florentin, les croûtes de la scrofule ont moins d'épaisseur, moins de sécheresse, moins de dureté ; elles sont moins homogènes, plus aplaties ; elles sont comme stratifiées, formées de plusieurs couches alternativement grises et noires ; leur aspect est grisâtre, au lieu d'être, comme dans la syphilis, d'un vert foncé.

11° *Cicatrices.* — La scrofule se survit en quelque sorte à elle-même et continue, après sa guérison, à se caractériser encore par les cicatrices qu'elle produit, et dans lesquelles vous pourrez toujours reconnaître son cachet, sa signature et les traces visibles et palpables de son existence passée. Ces cicatrices sont indélébiles ; elles sont plus ou moins enfoncées ; elles forment une dépression dont le fond est inégal et traversé par des brides saillantes. Elles adhèrent constamment aux parties sous-jacentes, sur lesquelles elles ne glissent pas, et dont il est impossible de les séparer. Les cicatrices de la syphilis, au contraire, sont de niveau avec les parties voisines ; la peau qui les recouvre est notablement amincie, pâlie et décolorée, ce qui les fait ressembler à des taches blanchâtres ; elles sont gaufrées, comme les cicatrices vaccinales, n'adhérant jamais aux parties sous-jacentes, sur lesquelles il est toujours fa-

cile de les faire glisser. Ainsi, pas de confusion possible entre la cicatrice syphilitique et la cicatrice scrofuleuse, et, par conséquent, diagnostic rétrospectif et posthume de la scrofule toujours possible, par le caractère des cicatrices qu'elle laisse après elle.

Vous le voyez, messieurs, la scrofule a, dans toutes ses lésions extérieures, une physionomie qui n'appartient qu'à elle, et dont les traits pathognomoniques sont si bien accentués que, sauf dans des cas rares et exceptionnels, vous pourrez facilement la reconnaître.

TRENTE-DEUXIÈME LEÇON

Lésions cutanées de la scrofule, au point de vue de leur classification, de leurs caractères anatomiques, de leur pronostic et de leur traitement.

Messieurs,

Mardi dernier, j'ai étalé sous vos yeux, comme dans un tableau synoptique, l'ensemble de toutes les lésions de la scrofule; je vous les ai montrées dans leurs caractères extérieurs; je vous ai fait voir que toutes, quelle que soit leur espèce, elles ont, dans leur physionomie, dans leur évolution, dans leur manière d'être, quelque chose de spécial, quelques traits pathognomoniques qui les distinguent et qui trahissent leur nature. Ces traits pathognomoniques, nous les avons constatés dans *le siége d'élection* des lésions : le nez, les pommettes, les régions sous-maxillaires; dans *leur fixité* à garder ce même siége pendant toute leur durée; dans *la chronicité de leur forme et de leur durée ;* dans *l'immunité dont elles jouissent*, soit au point de vue de *la douleur locale*, soit au point de vue de *la réaction générale; dans la coloration rouge vineuse* qui leur appartient; dans les *hypertrophies* de tissu qui les accompagnent, et dans les *atrophies* qu'elles opèrent en guérissant. Si ces lé-

sions sont des *squames*, je vous les ai montrées se caractérisant, comme scrofuleuses par leurs *rugosités* et *leurs excessives adhérences ;* si ce sont des *ulcérations*, je vous ai montré *leurs bords amincis*, *déchiquetés*, *leur fond inégal*, *fongueux et violacé*, *aussi bien que leur pourtour*. Enfin je vous ai appris à reconnaître la scrofule dans les *croûtes grisâtres*, *stratifiées*, *nuancées de noir et de blanc*, aussi bien qu'à retrouver sa trace dans les *cicatrices déprimées*, *couturées et adhérentes* qu'elle laisse après elle.

Après ce coup d'œil général promené sur l'ensemble de toutes les manifestations scrofuleuses, seulement au point de vue de leur diagnostic, nous allons aujourd'hui étudier, une à une, et rapidement, chacune de ces manifestations relativement aux lésions anatomiques qui les constituent, et aux indications thérapeutiques auxquelles elles donnent lieu.

SCROFULIDES. — DE LEURS DIVERSES ESPÈCES.

Longtemps méconnues, et confondues avec les lésions cutanées de la dartre et de la syphilis, les dermatoses scrofuleuses furent discernées d'abord par Willan et Bateman, et décrites sous le nom vague et pittoresque de *lupus*. Ces auteurs avaient été surtout frappés du caractère malin, rongeur et destructif de ces lésions, et ils les avaient comparées à la férocité du loup; de là le nom de *lupus*. Cette dénomination, Messieurs, est mauvaise ; car, si elle exprime la malignité scrofuleuse, elle peut tout aussi bien s'appliquer à la syphilis et au cancer, non moins malins que la scrofule, et il y aurait alors aussi le lupus syphilitique et le lupus cancéreux.

Quelque défectueuse cependant que soit cette déno-

mination de lupus, M. Cazenave l'adopte, et il décrit quatre espèces de lupus : 1° *le lupus érythémateux ; 2° le lupus tuberculeux ; 3° le lupus ulcéreux ; 4° le lupus hypertrophique*. Le nom de *lupus* ne saurait être admis scientifiquement, nous l'avons dit ; cette classification qui le consacre doit être également rejetée. En effet, le lupus ulcéreux n'est que le lupus tuberculeux arrivé à sa deuxième période ; et le lupus hypertrophique ne saurait constituer une espèce ou variété de lupus, puisque nous avons vu que l'hypertrophie des tissus est la compagne habituelle de presque toutes les lésions de la scrofule.

A MM. Bazin et Hardy revient l'honneur d'avoir trouvé la très-heureuse dénomination de *scrofulides* pour désigner les lésions cutanées de la scrofule.

M. Bazin reconnaît trois classes de scrofulides : 1° *la scrofulide érythémateuse ; 2° la scrofulide ulcéro-crustacée ; 3° la scrofulide tuberculeuse*. — Malgré l'immense et très-légitime autorité qui s'attache au nom de M. Bazin, nous rejetons sa classification des scrofulides, et cela pour deux raisons : la première, c'est qu'elle est incomplète ; elle laisse dans l'oubli des espèces de lésions qu'elle méconnaît et qu'elle a le tort, par conséquent, de passer sous silence ; la deuxième, c'est que, à l'exemple de M. Cazenave, elle place dans deux classes différentes une seule et même lésion, suivant qu'elle est à sa première ou à sa deuxième période : ainsi la scrofulide ulcéro-crustacée n'est autre que la scrofulide tuberculeuse arrivée à sa période ulcéreuse.

M. Hardy admet cinq classes différentes de scrofulides : 1° *la scrofulide érythémateuse ; 2° la scrofulide acnéique ou cornée ; 3° la scrofulide pustuleuse ; 4° la scro-*

fulide tuberculeuse; 5° la scrofulide phlegmoneuse. Nous acceptons cette classification, avec cette réserve qu'il y soit ajouté une sixième classe, *la scrofulide rupiforme*, dont nous allons vous présenter un remarquable spécimen, le même que nous avons déjà montré et décrit l'année dernière.

1° *Scrofulide érythémateuse.* — On la trouve encore désignée sous le nom d'*érysipèle chronique*. Elle est caractérisée par la teinte rouge vineuse spéciale qui appartient à la scrofule, et sur laquelle nous avons insisté dans notre précédente leçon. Elle siége de préférence sur le nez, sur les joues, sur les lèvres. Elle s'étale en une seule plaque, plus ou moins étendue, ou en plusieurs plaques, de formes et de dimensions variables; la coloration rouge vineuse disparaît à la pression du doigt, pour se reproduire immédiatement après; elle est nettement circonscrite et limitée; elle ne se fond pas avec la teinte des parties environnantes, dont elle se détache, et sur lesquelles elle forme un liséré festonné et nettement tranché; les tissus sous-jacents sont habituellement hypertrophiés et comme infiltrés, c'est-à-dire qu'ils sont le siége de l'hypertrophie, que nous avons décrite, comme étant un des caractères inhérents à toutes les lésions de la scrofule, de telle sorte que la coloration hypertrophique forme un relief très-accentué, appréciable à la vue et au toucher, et qui se détache non-seulement par sa teinte, mais encore par une saillie très-marquée, du milieu des parties saines environnantes. Sur la surface érythémateuse se produisent quelquefois les squames caractéristiques de la scrofule; on dit alors que la scrofulide est *érythémato-squameuse*. Qu'il y ait ou qu'il n'y

ait pas de squames, l'évolution et les caractères de cette scrofulide sont les mêmes : durée toujours très-longue, quelquefois six ou huit mois, quelquefois six ou huit années ; quelquefois même, durée indéfinie. Absence de douleur locale, aussi bien que de toute réaction générale ; il semble qu'elle existe presque à l'insu du malade, dont la santé n'est nullement atteinte. Quand elle guérit, la vivacité de sa coloration diminue progressivement, en même temps que s'aplatit le relief qu'elle formait. Bien qu'aucune ulcération n'ait eu lieu pendant sa longue évolution, elle n'en laisse pas moins après elle une véritable cicatrice, ayant tous les caractères de la cicatrice scrofuleuse. Cette cicatrice résulte d'un travail de résorption, d'absorption interstitielle, et d'une véritable intussusception, qui se sont opérés dans l'épaisseur des parties érythémateuses et hypertrophiées ; de là les saillies, les brides et les dépressions alternatives qui constituent la cicatrice scrofuleuse et qui la rendent indélébile.

2° *Scrofulide acnéique ou cornée.* — Sur la surface érythémateuse, on voit quelquefois s'élever des saillies pointues, de consistance dure, piquante et cornée, semblables à celles que je vous montre sur cette belle pièce qui appartient à notre musée : ces saillies sont constituées par de la matière sébacée, qui s'est concrétée et indurée dans l'intérieur des conduits excréteurs dilatés, au point d'y prendre, avec le temps, la consistance de la corne. Cette lésion de l'appareil sébacé, et cette modification dans sa sécrétion, sont la conséquence des lésions hypertrophiques et congestives survenues dans toute la région, et, comme ces lésions primordiales, elles de-

viennent, à leur tour, une manifestation scrofuleuse assez importante pour être signalée, et même pour constituer une classe distincte de scrofulides. La scrofulide acnéique a toujours une évolution longue. Lorsque la matière sébacée a fini par se détacher, les canaux extérieurs qu'elle dilatait restent béants ; puis ils se rétractent et s'oblitèrent. En se rétractant, ils entraînent avec eux les tissus auxquels ils adhèrent ; de là des cicatrices inégales, profondes et indélébiles. Cette forme d'acné se distinguera facilement de l'acné simple : 1° par son existence sur des parties primitivement atteintes de lésions scrofuleuses ; 2° par sa durée ; 3° par le degré d'induration de la matière sébacée, bien autre assurément que dans l'acné sébacée concrète ordinaire, où la matière sébacée n'a que la consistance de l'huile figée ou d'un corps gras que l'on écrase facilement entre les doigts ; 4° enfin par les cicatrices profondes et indélébiles qu'elle laisse après elle.

3° *Scrofulide pustuleuse.* — C'est celle que l'on trouve improprement désignée sous le nom d'*impétigo scrofuleux malin* ou *impétigo rodens*. Sa lésion primitive est représentée par des pustules petites, confluentes, qui se recouvrent de croûtes d'un jaune noirâtre. Ces croûtes sont persistantes ; elles deviennent épaisses ; elles s'élargissent par l'effet du travail d'ulcération et de suppuration qui continue à s'opérer dans les tissus qu'elles recouvrent. Restreintes et limitées à un point peu étendu d'abord, elles peuvent envahir des surfaces considérables à mesure que s'étend, de proche en proche, le travail ulcératif et destructeur qu'elles dissimulent, et dont elles sont la conséquence. Dans cette scrofulide, la des-

truction se produit surtout en surface; elle comprend tous les tissus mous : peau, muscles, aponévroses; mais habituellement elle s'arrête aux os, qui lui imposent une barrière infranchissable. La majeure partie de la peau peut être ainsi dévorée, et transformée en un vaste ulcère fongueux, recouvert d'une carapace croûteuse, humide et suintante.

Cette forme de scrofulide, plus grave que les deux autres, occupe le même siége : le nez, les joues et les lèvres; sa durée est toujours très-longue. Elle peut guérir sans traitement local; dans ce cas, un travail cicatriciel s'opère sous les croûtes, qui se détachent d'elles-mêmes quand la cicatrice est complète. Mais quelquefois, malgré l'intervention du traitement le plus rationnel, elle se prolonge indéfiniment; une suppuration abondante et continuelle ne cesse de se produire sur des surfaces vastes et profondes; la constitution, épuisée, s'altère de plus en plus; la fièvre hectique s'allume, et le malade s'éteint dans la consomption. C'est ainsi qu'a fini celui dont je vous montre ici la tête, moulée par notre habile artiste M. Baretta.

4° *Scrofulide tuberculeuse.* — C'est, de toutes les espèces de scrofulides, la plus grave. Elle comprend trois variétés : sa lésion mère est le tubercule scrofuleux, que nous avons décrit dans notre précédente leçon. Or, dans une première variété, celle qui a le moins de gravité, le tubercule ne s'ulcère pas; il reste à l'état tuberculeux; sa durée peut être indéfinie; mais, quelle qu'elle soit, le tubercule ne change pas, il conserve son état primitif. D'autres fois, au bout d'un temps toujours long, il devient le siége d'un travail de résorption in-

terstitielle, et il disparaît, en laissant à sa place une cicatrice. Dans une deuxième variété, le tubercule s'ulcère ; cette ulcération s'étale en surface, mais elle reste superficielle. Voici comment les choses se passent habituellement : les tubercules, plus ou moins nombreux, sont rangés en groupes, soit sur le nez, soit sur la joue ; ils s'ulcèrent ; la partie centrale de l'ulcération se cicatrise, après un temps toujours long ; mais, à sa partie périphérique, de nouveaux tubercules se forment et s'ulcèrent à leur tour. Ainsi cette ulcération procède suivant une marche centrifuge ; commencée au milieu de la joue, ou bien sur le nez, elle peut envahir de la sorte la plus grande partie de la face, gagner les paupières, monter sur le front, descendre sur le cou, et, en même temps qu'elle se propage périphériquement, elle laisse derrière elle les parties centrales primitivement ulcérées, déformées, et à l'état d'un tissu cicatriciel entouré d'une zone tuberculo-ulcéreuse. C'est ce qu'on appelait *le lupus vorax en superficie*.

Dans une troisième variété, la plus grave, les tubercules sont moins nombreux, mais plus volumineux, plus durs et d'une teinte plus rouge et plus violacée ; l'ulcération dont ils deviennent le siége commence par les détruire ; puis elle détruit successivement tous les tissus mous ; elle arrive aux cartilages, aux os, qu'elle perfore et détruit à leur tour. Le siége habituel de cette scrofulide est le nez ; c'est sur cet organe qu'elle opère ses premiers ravages ; elle en détruit successivement la peau et les autres parties molles ; puis elle en attaque les cartilages, qu'elle ronge petit à petit ; elle ébrèche plus ou moins les os propres ; elle détruit le vomer, perfore la voûte palatine dans sa partie osseuse, ainsi

que le voile du palais, établit une communication directe entre la bouche et les fosses nasales, ulcère et détruit progressivement les lèvres, qu'elle rend impropres à fermer la bouche et à retenir la salive. Elle fait ainsi, des malheureux qu'elle atteint, de véritables monstres hideux à voir, condamnés à l'existence la plus misérable, lorsqu'ils ne succombent pas aux suites des désordres physiologiques, des troubles fonctionnels sérieux, de la suppuration et de l'épuisement qui sont la conséquence d'aussi épouvantables ravages. Cette variété de scrofulide peut donc causer la mort. Lorsqu'elle guérit, ce n'est qu'après un temps très-long, et en laissant les malades tout à fait défigurés : tantôt absolument sans nez, ou avec un nez écrasé, aplati dans sa racine, après la destruction des os propres et du vomer; tantôt avec un nez pointu, lancéolé, dont une narine est, ou bien détruite, ou bien oblitérée. Si les ulcérations ont atteint les paupières, celles-ci restent tiraillées par des brides qui les renversent en dehors, en formant des ectropions dont l'aspect est aussi désagréable qu'ils sont dangereux pour la conservation des yeux. La même scrofulide occasionne, au cou, des brides, causes de torticolis, et, quand elles siégent à l'avant-bras, ces mêmes brides peuvent déterminer, comme chez la jeune femme que je vous présente, des flexions forcées des doigts qui en rendent tout mouvement absolument et définitivement impossible. Cette guérison, si triste dans ses conséquences, peut, dans certains cas, être spontanée; elle résulte de la cessation du travail ulcératif, et de la cicatrisation des parties ulcérées. Le plus souvent, elle est la conséquence d'un traitement rationnellement conduit.

5° *Scrofulide phlegmoneuse.* — M. Hardy décrit sous ce nom de petits abcès phlegmoneux, limités à l'épaisseur du derme, qu'ils ne dépassent pas. Ils sont signalés par de la rougeur, de la tuméfaction, de l'amincissement de la peau, qui se perfore pour donner issue à quelques gouttelettes de pus mal lié. Une véritable petite ulcération leur succède, et, le plus souvent, plusieurs abcès semblables se forment successivement; après la guérison, toujours très-longue à obtenir, il reste des brides cicatricielles, comme dans les autres espèces de scrofulides.

6° *Scrofulide rupiforme.* — L'année dernière, je vous ai présenté un malade, porteur, dans la région sternale, d'une vaste croûte ayant tous les caractères d'une croûte de rupia ; elle était entourée d'une auréole d'un rouge vineux, accusant la nature scrofuleuse de la lésion : c'était donc un rupia scrofuleux, ou une scrofulide rupiforme. Cette belle pièce pathologique a été moulée par M. Baretta, et, depuis un an, nous l'avons dans notre musée; je vous la montre en ce moment. Quant au malade, il avait quitté notre service, guéri, après trois ou quatre mois de traitement. Or, quelle n'a pas été notre surprise en voyant, il y a deux jours, le même malade atteint de nouveau, exactement de la même lésion, dans les mêmes proportions et dans le même siége ! Le voici ; observez-le bien ; observez en même temps cette pièce, moulée l'année dernière, et dites-moi si on ne la dirait pas moulée d'hier sur la lésion actuelle. Ce cas est doublement intéressant : d'abord, en ce qu'il consacre l'existence incontestable d'une variété ou d'une espèce de scrofulide ayant tous les

caractères du rupia, et à laquelle, par conséquent, nous donnerons le nom de *scrofulide rupiforme;* ensuite il vous fournit un exemple des plus remarquables de *la fixité* qui appartient à la scrofule. *Fixité dans la lésion :* cette même lésion existait l'année dernière, elle a été guérie ; et, cette année, elle reparaît identiquement la même. *Fixité dans le siége :* vous voyez qu'elle est implantée exactement dans la même région que l'année dernière, et au même endroit, c'est-à-dire au milieu de la région sternale. Enfin, *fixité dans la durée,* c'est-à-dire la chronicité. Or ces caractères de fixité sont précieux à noter ; car ils pourraient, à eux seuls, suffire à établir le diagnostic de la nature scrofuleuse de la lésion rupiforme. En effet, les lésions de l'herpétisme ne sont point ainsi limitées à une seule région ; elles sont largement répandues, symétriquement disposées, et erratiques dans leur évolution. Les lésions de la syphilis sont changeantes et protéiques dans leurs manifestations ; elles ne connaissent ni la fixité de siége ni la fixité de forme ou d'espèce ; quand elles se sont éteintes une première fois, et qu'elles reparaissent ultérieurement, c'est presque toujours sous une autre forme et dans une autre région.

PRONOSTIC DES SCROFULIDES.

Il est toujours grave : 1° par le fait même de leur nature ; 2° par le fait de leur durée toujours longue, quelquefois indéfinie ; 3° par le fait des lésions, des ravages qu'elles occasionnent, et des difformités qu'elles laissent après elles. Cependant la gravité du pronostic varie suivant les diverses espèces de scrofulides. La scrofulide *tuberculeuse* est la plus redoutable de toutes ;

puis, par ordre de gravité, viennent les scrofulides *rupiforme* et *pustuleuse*. Les scrofulides *érythémateuse*, *acnéique* et *phlegmoneuse*, caractérisées par des lésions anatomiques moins graves, devront, par cela même, vous faire porter un pronostic moins sérieux.

TRAITEMENT DES SCROFULIDES.

Ce traitement devra toujours être double : 1° traitement interne ou diathésique ; 2° traitement externe ou local, c'est-à-dire qu'il faudra soigner en même temps la maladie scrofuleuse, et les lésions par lesquelles elle se manifeste.

Le traitement de la scrofule comprendra :

1° *L'hygiène :* habitations saines, vastes, largement aérées, exposées au soleil ; vêtements de laine sur la peau ; nourriture essentiellement tonique ; viandes saignantes, noires, crues ; poissons, de mer préférablement ; œufs, beurre frais, légumes herbacés frais ; vins rouges généreux. — Vie active, au dehors le plus possible ; se lever de bonne heure ; développement des forces musculaires par le travail manuel, par la gymnastique, par l'exercice à pied et à cheval ; choisir un pays sain, dont l'air soit sec, pur, vif et chaud ; interdire les professions incompatibles avec ces conditions hygiéniques, qu'il ne faut jamais négliger.

2° *Les médicaments :* l'huile de foie de morue, les diverses préparations iodées, l'iodure de potassium ioduré. Nous prescrivons avec avantage la solution

composée suivante, qui est prise en trois fois dans les vingt-quatre heures, au moment des repas :

Eau.	150 grammes.
Iodure de potassium.	1 gramme.
Sirop d'écorces d'oranges amères. .	30 grammes.
Teinture d'iode.	10 gouttes.

Nous vous recommandons également le vin iodé de Béguin, très-bonne préparation iodique que nous donnons à la dose de deux grandes cuillerées à chacun des trois repas ; elle a, entre autres mérites, celui de n'avoir aucune saveur désagréable.

Vous ne devrez pas négliger le quinquina, que vous donnerez sous toutes les formes (vin de quinquina, chocolat au quinquina, etc...) ; les ferrugineux, dont l'usage doit aller de pair avec le quinquina et les iodiques. Vous donnerez la préférence aux diverses préparations dans lesquelles le fer se trouve à l'état de sel soluble et dissous : ainsi, le vin de quassia ferrugineux, l'essence ferrugineuse de salsepareille, etc., etc. Vous aurez recours aussi aux diverses eaux minérales, ferrugineuses, sulfureuses et acidules, telles que les eaux de la Bauche, une de celles que nous employons avec le plus de succès ; les eaux de Marcols, d'Orezza, etc., qui sont prises aux repas, coupées avec le vin. — Vous ne négligerez pas d'exciter les fonctions de la peau par des bains ferrugineux, sulfureux, alcalins, aromatiques... Les diverses applications hydrothérapiques, douches froides en pluie, en colonne, en cercle, vous donneront encore de très-bons résultats, non pas seulement par l'excitation qu'elles détermineront sur la peau, mais encore par le stimulus général, par le coup de fouet qu'elles donneront à toutes les

grandes fonctions physiologiques. Il en sera de même des bains de mer, et de certaines eaux minérales, telles que les eaux d'Uriage, d'Allevard, les Eaux-Bonnes, de Luchon, etc..... Pour ne pas fatiguer l'estomac, il sera bon d'interrompre de temps en temps l'usage de tous les médicaments pendant quelques jours, puis de donner une purgation saline, et de recommencer ensuite la médication, en ayant soin de varier les préparations médicamenteuses auxquelles vous aurez recours.

Tel doit être le traitement général dirigé contre la scrofule ; il devra toujours aller de pair avec le traitement local indiqué par la nature des lésions cutanées qui caractérisent chaque scrofulide en particulier.

TRAITEMENT LOCAL.

Il varie suivant l'espèce des scrofulides.

Scrofulide érythémateuse. Quelle est l'indication à remplir ? — Modifier la vitalité morbide des parties qui sont le siége de la congestion et de l'hypertrophie. Or cette condition sera remplie par des badigeonnages répétés plusieurs fois chaque jour, soit avec l'huile de cade pure, soit avec la teinture d'iode pure, soit avec l'alcool camphré, soit avec la solution composée suivante, dont on mettra, pour s'en servir, une grande cuillerée dans un demi-verre d'eau froide :

Teinture de benjoin	5 grammes.
Sulfure sec de potassium. . . .	5 grammes.
Eau.	300 grammes.

En même temps, douches de vapeur, douches alcalines, douches sulfureuses *loco dolenti*. Nous avons, tout dernièrement, guéri, à l'aide de ces moyens successivement employés et alternés, une femme couchée au n° 55 de la salle Henri IV, et qui était atteinte d'une scrofulide érythémato-squameuse des plus prononcées. Le traitement a été long ; il a duré de cinq à six mois au moins ; mais il a été curatif, et la malade a quitté notre service bien guérie.

Scrofulide acnéique ou cornée. — Même traitement, en insistant toutefois, tout spécialement, sur les lotions et les douches alcalines très-chaudes, afin de ramollir et de dissoudre la matière sébacée indurée.

Scrofulide pustuleuse ou pustulo-crustacée. — Si les croûtes n'augmentent ni en surface ni en épaisseur, si elles ne sont pas suintantes et que l'état général soit bon, on sera autorisé à penser que le travail cicatriciel s'opère sous les croûtes, et alors il faudra les ménager soigneusement, ne les recouvrir d'aucun topique qui puisse hâter leur chute ; elles sont le meilleur organe protecteur pour des parties ulcérées en voie de cicatrisation ; donc, pas de traitement local ; le traitement général seul suffira. Mais si, au contraire, le travail ulcératif fait des progrès, il faudra recourir à une médication locale très-énergique. L'indication à remplir sera celle-ci : modifier la vitalité morbide d'une ulcération de nature maligne, et qui, à raison même de cette malignité, est essentiellement ulcérative et destructive ; en d'autres termes, détruire la malignité là où elle se trouve, et la remplacer par des tissus de bonne nature, aptes à produire une cicatrice. Pour

atteindre ce but, employer d'abord des applications émollientes qui provoqueront la chute des croûtes et mettront à nu le fond de l'ulcère, que l'on trouvera fongueux, inégal, sanieux. Pour le modifier, les topiques les plus excitants, les cathétériques, les caustiques même seront employés avec succès. Ainsi on pourra étendre une couche de la pommade suivante :

Axonge fraîche.	30 grammes.
Biiodure de mercure.	15 grammes.

L'application de cette pommade pourra être répétée plusieurs fois, à huit ou dix jours d'intervalle. Elle déterminera une inflammation vive qui se traduira par une poussée de pustules impétigineuses, et cette inflammation artificielle, plusieurs fois répétée, pourra devenir définitivement *substitutive*. On pourra encore cautériser tout le fond de l'ulcère soit avec le caustique de Vienne, soit avec le caustique sulfo safrané, soit avec l'acide chlorhydrique... Quelquefois, des pansements faits avec des bourdonnets de charpie, imbibés de teinture d'iode ou d'une solution concentrée de chlorate de potasse, produisent d'excellents résultats. — Ne manquons pas de répéter que ce traitement local sera long, signalé par des alternatives d'amélioration et d'exacerbation, et qu'il devra être conduit avec beaucoup de tact et de persévérance. Il arrivera quelquefois que l'emploi des caustiques semblera activer et activera réellement le travail destructeur. Dans ce cas, on devra se hâter de les supprimer, et les remplacer par des applications purement émollientes, telles que des cataplasmes de fécule de pommes de terre, de râpure de pommes de terre fraîches ou de carottes. Il y a des cas

dans lesquels ces topiques émollients et anodins, succédant aux caustiques, produisent les meilleurs résultats.

Scrofulide tuberculeuse. — C'est, nous l'avons dit, la plus redoutable, la plus dangereuse, celle qui produit les plus épouvantables ravages ; par conséquent, c'est là surtout qu'il faudra attaquer le caractère malin et ulcératif des lésions avec la plus grande énergie, d'après les données, et par les moyens indiqués à propos de la *scrofulide pustuleuse.* Que les tubercules soient ulcérés ou encore intacts, il faut les détruire. Mais, chose remarquable, et dont la thérapeutique doit tenir le plus grand compte, lorsque cette scrofulide siége sur le nez, elle le dénature de deux manières différentes : en même temps qu'elle le ronge et qu'elle le dévore, elle oblitère ses orifices, de telle sorte que, si l'on n'y faisait point attention, le peu qui resterait du nez, après la guérison, ne serait plus qu'une saillie informe, plus ou moins aiguë ou écrasée, et dans laquelle on ne retrouverait plus le vestige de ses ouvertures naturelles. Il faut donc avoir bien soin de parer à cet inconvénient et à cette difformité, en laissant à demeure, dans chaque orifice des fosses nasales, un corps spongieux et dilatateur, tel que de l'éponge préparée ou de la racine de gentiane, qui les tienne ouverts, en empêchant mécaniquement la rétraction des cartilages.

Scrofulide phlegmoneuse. — Cataplasmes émollients, et ouvrir le plus tôt possible les petits abcès dermiques, de manière à prévenir l'amincissement, le décollement et l'ulcération de la peau, afin d'avoir des cicatrices moins apparentes et moins difformes.

Scrofulide rupiforme. — Mêmes indications à remplir, et les mêmes moyens, que dans la *scrofulide pustuleuse.*

Telle est, Messieurs, l'histoire, aussi succincte, et cependant aussi complète que possible, des scrofulides, c'est-à-dire des lésions que la scrofule détermine sur la peau. Nous vous l'avons tracée dans toutes ses parties, puisque nous avons envisagé les scrofulides successivement par rapport à leurs caractères extérieurs, à leur diagnostic, à leurs symptômes subjectifs, à leur classification, aux lésions anatomiques qui les constituent et qu'elles laissent après elles, à leur pronostic et à leur traitement. Avant de terminer, voyons maintenant la scrofule ailleurs que sur la peau ; nous avons dit qu'elle atteint presque tous les tissus, et même certains organes viscéraux. Voyons, mais très-rapidement, et d'une manière tout à fait sommaire, quelles sont les lésions qu'elle y détermine.

Muqueuses. — *Paupières* tuméfiées, rouges, chassieuses, croûteuses, par suite de l'inflammation et de l'hypersécrétion des glandes de Méibomius ; chute et destruction des cils ; rétraction et renversement des paupières par l'effet de brides cicatricielles ; ectropion ; conjonctivite oculaire granuleuse, larmoiement, épiphora, arborisations, varicosités vasculaires, formant une sorte de lacis et de trame rouge, au milieu desquelles se produisent souvent des pustules ; propagation de l'inflammation à la cornée transparente, photophobie, kératite, ramollissement et opacité d'une étendue plus ou moins grande de la cornée qui suppure, dans l'é-

paisseur de laquelle il se forme un foyer purulent d'un jaune rougeâtre, se résorbant le plus souvent, et laissant quelquefois après lui une taie opaque ; plus rarement, perforation de la cornée, staphilome de l'iris, perte de l'œil ; inflammation du sac lacrymal ; tumeur lacrymale ; abcès et ulcération à l'angle de l'œil ; quelquefois, carie consécutive du canal nasal.

Conduit auditif. — Otorrhée, surdité ; quelquefois, perforation de la membrane du tympan ; carie des cellules mastoïdiennes, du rocher, des osselets.

Fosses nasales. — Coryza chronique ; ulcération de la muqueuse, pouvant aller jusqu'à la carie des cartilages et des os ; suppuration et, par suite de la rétention du muco-pus, ozène, avec ses conséquences d'insupportable fétidité.

Isthme du gosier. — Ulcérations pharyngiennes, quelquefois très-vastes, se distinguant des ulcérations syphilitiques par leurs bords irréguliers sans limitation nette, et par leur fond inégal bourgeonnant et violacé.

Vulve. — Vulvite chronique avec sécrétion puriforme chez les petites filles... *Esthiomène* chez les femmes adultes, c'est-à-dire (d'après la description que M. Huguier en a donnée, le premier, en 1845) épaississement hypertrophique partiel, indolent, à évolution chronique, de la muqueuse vulvaire, avec tendance à une sorte d'ulcération destructive très-lente également dans sa marche, à bords œdémateux, mous, à fond inégal, et n'ayant rien de commun ni avec l'ulcération du cancer ni avec l'ulcération syphilitique.

Ganglions lymphatiques. — Hypertrophie hbaituellement considérable, quelquefois énorme ; tantôt restant dure et sans tendance à la suppuration ; tantôt, au contraire, suppurant ; affectant les ganglions cervicaux, aux deux régions sous-maxillaires et cervicales latérales longitudinales.

Tissu cellulaire et muscles.—Phlegmons à marche plus ou moins lente, se terminant par la suppuration le plus souvent, et quelquefois par une suppuration séreuse sans rien d'inflammatoire (abcès froids) ; d'autres fois, tumeurs arrondies, du volume d'une forte noix, formées de tissu embryonnaire, dures au commencement de leur évolution, se ramollissant ensuite à leur centre, se fondant par la suppuration, et laissant après elles une ulcération ayant tous les caractères de l'ulcère scrofuleux (gommes scrofuleuses).

Tissu fibreux. — Ramollissement, infiltration, épaississement et dégénérescence fongueuse.

Os. — Carie siégeant soit dans le corps des os, et alors suppuration quelquefois très-abondante et interminable, opérant des décollements souvent très-étendus et formant des collections purulentes quelquefois énormes et plus ou moins éloignées du siége de la carie ; soit aux extrémités des os, au niveau des articulations, et constituant par l'altération des os, des cartilages, des synoviales, du tissu fibreux périarticulaire et enfin de la peau, ce que l'on a désigné sous le nom vague de *tumeurs blanches*. Les os qui deviennent le

plus souvent le siége de l'ostéite ou carie scrofuleuse sont les corps des vertèbres, le sternum, la clavicule, les côtes, l'humérus, le tibia, et les os des petites articulations palmaires et plantaires.

Scrofule viscérale. — Chez l'enfant, la scrofule engendre très-souvent l'engorgement ou la dégénérescence, tuberculeuse des ganglions mésentériques, connue sous le nom de *carreau*. Chez l'adulte, elle a plus fréquemment son retentissement dans le poumon, où elle développe cette forme spéciale de tuberculose pulmonaire, si commune dans nos salles, dont la marche est lente, torpide, sans accidents inflammatoires, sans hémoptysies, et que nous voyons habituellement guérir sous la double influence d'un traitement local énergiquement et persévéramment révulsif, et d'un traitement diathésique et reconstituant, vigoureusement conduit.

Quels que soient le siége et la forme des lésions scrofuleuses, n'oubliez jamais qu'elles ne sont que le symptôme, ou la manifestation locale d'une maladie générale diathésique appelée scrofule ; ne commettez pas la faute que commettent certains chirurgiens, qui se hâtent d'amputer des tumeurs blanches, sans avoir préalablement modifié la constitution du malade, et au risque de voir, après l'amputation, d'autres articulations envahies par de nouvelles tumeurs blanches. Ne manquez jamais d'instituer, d'abord et avant tout, un traitement général dirigé contre la diathèse ou contre les diathèses, si, par exemple, les diathèses syphilitique ou tuberculeuse sont venues s'implanter sur un terrain pri-

mitivement scrofuleux. Si un traitement local est indiqué, qu'il soit, ou simplement émollient, ou révulsif, ou modificateur, suivant les indications posées par la forme, par le siége, par le caractère et par la gravité des lésions.

TRENTE-TROISIÈME LEÇON

Évolution habituelle des lésions cutanées de la syphilis ; syphilis maligne galopante.

Messieurs,

J'appelle aujourd'hui toute votre attention sur les deux malades que je vous présente : l'un est un jeune homme de 25 à 30 ans, couché au n° 56 de la salle Saint-Charles ; l'autre est une jeune fille de 26 ans, couchée au n° 59 de la salle Henri IV. Ces deux malades sont atteints de la même affection ; et, par une coïncidence singulière, nous avons sous les yeux deux exemples en même temps, et des plus remarquables, de la forme la plus grave et heureusement la plus rare de l'évolution des accidents de la syphilis.

Voyez leur figure, comme elle est repoussante par les lésions hideuses dont elle est le siége ! voyez ces larges croûtes, arrondies, épaisses, saillantes, formées de plusieurs couches superposées ; elles sont noirâtres, de consistance molle, et laissent suinter, entre leurs interstices, un pus sanieux et infect, collectionné en abondance, à la surface des ulcérations vastes et profondes qu'elles recouvrent, en nous rappelant par leur aspect, par leur coloration, par leur dimension, par leur forme stratifiée, conique et à large circonférence, l'apparence

exacte des écailles d'huître. Le front, le cuir chevelu, les joues, le menton, sont le siége de ces croûtes; quelques-unes sont confluentes et constituent comme une sorte de vaste carapace : nous retrouvons ces mêmes croûtes sur le tronc, sur les régions sternales, dorsales, lombaires, au pourtour de la vulve, sur les cuisses et sur les jambes; le pus que vous voyez sourdre entre leurs fissures, et qui baigne toutes les surfaces ulcéreuses que les croûtes, en se détachant, ont laissées à nu, exhale, chez la jeune femme surtout, une odeur d'une fétidité insupportable.

Vous avez là un double spécimen du rupia syphilitique le mieux caractérisé. Notez, en même temps, l'état général mauvais de ces deux malades : leur facies abattu, leurs yeux éteints et cernés; leur peau sèche, chaude, décolorée; leur langue sèche aussi, rouge à sa pointe et sur ses bords, couverte d'un enduit jaune verdâtre épais; leur haleine nauséeuse; l'état général des forces déplorable, faiblesse excessive, sentiment indéfinissable de prostration et de malaise, inappétence complète, dégoût pour les aliments, diarrhée, et en même temps pouls rapide, petit, fièvre intense et continue ; insomnie, causée moitié par la fièvre et moitié par les douleurs résultant du décubitus sur les parties ulcérées.

A ces altérations, à ces lésions de la peau d'un caractère si grave, à cet état général si grave lui-même, à ces troubles fonctionnels si nombreux et si profonds, vous reconnaîtrez assurément cette forme redoutable de la syphilis indiquée sous le nom de *syphilis maligne*. Et quand je vous aurai dit que c'est *un mois et demi* seulement après avoir contracté le chancre primitif, le premier qu'ils aient jamais eu, que ces deux malades en

sont arrivés là ; quand vous aurez bien compris que c'est au bout de *six semaines* seulement, après l'apparition du chancre d'invasion, qu'ils ont vu apparaître le rupia, c'est-à-dire une des lésions, un des accidents les plus sérieux et les plus tardifs de la syphilis ; quand vous vous serez bien rendu compte, d'une part, de l'excessive gravité de ces accidents locaux et généraux ; et, d'autre part, de leur marche si rapide, j'allais presque dire si foudroyante, vous comprendrez ce que c'est que la *syphilis maligne ;* vous comprendrez aussi pourquoi, à cette qualification, trop justifiée malheureusement, de *maligne*, j'ai joint cette autre qualification de *galopante*, qui vous montrera que la diathèse syphilitique, ordinairement lente et chronique, dans l'évolution de ses manifestations, peut, dans certains cas, à l'exemple de la diathèse tuberculeuse, prendre les allures les plus vives, les plus aiguës, et suivre la marche la plus précipitée.

Pour mieux comprendre encore ce que c'est que la *syphilis maligne galopante*, rappelez-vous quelle est l'évolution habituelle des manifestations syphilitiques ; ayez présents à l'esprit les beaux travaux, les leçons si lumineuses de M. Ricord, notre maître à tous en syphilis : cinq ou six semaines après l'apparition du chancre infectant, vous constatez l'engorgement caractéristique des ganglions cervicaux et inguinaux, la *pléïade ganglionnaire*, dont les malades n'ont le plus souvent pas conscience, car elle n'est ni douloureuse ni visible extérieurement. En même temps, sur toute la surface du corps, on voit poindre de petites taches rosées, rubéoliques, semées en nombre infini, éparpillées sans ordre sur les membres, aussi bien que sur le tronc, et sur la face. C'est la *roséole syphilitique*, la première des ma-

nifestations cutanées de la syphilis; son apparition passe souvent presque inaperçue pour le malade; quelquefois, cependant, elle est signalée par quelques troubles généraux peu importants et par une fièvre légère et sans durée, que l'on appelle *fièvre syphilitique*.

Si le malade est abandonné à lui-même sans traitement, que se passe-t-il? Au bout de cinq ou six semaines, les belles teintes rosées des taches rubéoliques se dégradent, leur nuance devient brunâtre, plus foncée, d'un rouge cuivré; en même temps, leur niveau s'élève; ce ne sont plus de simples taches, ce sont des papules; la roséole s'est transformée, *in situ*, en *syphilide papuleuse*. La disposition de cette seconde manifestation de la syphilis sur la peau reste la même : ce sont d'innombrables papules d'un rouge brun, à saillies plus ou moins prononcées, constellant tout le corps, comme les étoiles constellent le firmament. Cette comparaison vous paraîtra peut-être d'un lyrisme forcé et peu à sa place; elle est parfaitement juste. La science, Messieurs, ne perd rien de son austère exactitude lorsqu'elle monte dans les régions les plus élevées et les plus sereines, pour y chercher les comparaisons dont elle a besoin; ne vous paraît-elle pas alors plus radieuse et plus attrayante, sans être pour cela moins rigoureuse?

En l'absence de toute médication, et livrées à leur libre évolution, les papules, après cinq, six ou sept semaines de durée, deviennent plus saillantes, leur base s'élargit et pénètre plus avant dans l'épaisseur du derme; elles deviennent des tubercules. C'est ainsi que la syphilide tuberculeuse, avec ou sans squames, naît de la syphilide papuleuse, comme cette dernière était née de la roséole.

Telle est la filiation la plus habituelle des lésions cutanées *précoces* de la syphilis. Les tubercules persistent à leur tour de deux à trois mois ; après quoi, ils s'affaissent progressivement et ne laissent plus à leur place que de simples empreintes, que des vestiges pigmentaires. Ces trois sortes de lésions cutanées secondaires, que nous appellerons *précoces*, parce qu'elles succèdent à bref délai à l'accident primitif, ont duré ensemble de huit à douze mois ; elles ont laissé la peau *entière* sans l'ulcérer ; à peine si elles ont soulevé une petite et mince squame épidermique ; à peine si elles ont causé quelques troubles à la santé générale, qui souvent est restée presque sans atteinte.

Ultérieurement, et après un temps qui varie de une à deux et quelquefois trois années, depuis le chancre infectant, si le malade a persisté à ne suivre aucun traitement, les mêmes accidents cutanés reparaissent, mais avec une autre forme et une disposition différente. On voit de nouveau poindre la roséole, mais elle est devenue *circinée* : c'est la roséole *tardive*. En même temps, mais sur quelques régions du corps seulement, reparaissent les papules et les tubercules. Ils ne sont plus, comme lors de leur première apparition, disséminés, éparpillés, sans ordre et en nombre infini, sur toute l'étendue du corps ; ils sont groupés, limités à un petit nombre de régions seulement, où ils constituent souvent, par leur disposition régulière, des surfaces, des figures régulières elles-mêmes et habituellement à contours arrondis ; ce sont des corymbes, des guirlandes, des festons, des cercles ou des segments de cercles. Ces lésions cutanées sont encore des accidents secondaires ; mais par leur limitation elles indiquent toujours qu'elles

ne sont plus des accidents précoces, et que la syphilis, dont elles sont la manifestation tardive, est déjà vieille d'une ou de plusieurs années; notre savant collègue et maître, M. le professeur Hardy, les a dénommées, avec beaucoup de justesse : *accidents secondaires tardifs*, ou *syphilides secondaires tardives en groupes*.

Jusque-là, la peau n'a été entamée par aucun travail ulcératif ou de destruction; il faut arriver à une époque plus ancienne encore de la diathèse, et qu'il est impossible de spécifier d'une manière exacte, tant elle est variable, mais qui, le plus habituellement, n'est pas moindre de deux ou trois années, et quelquefois beaucoup plus ancienne encore, pour voir se produire les accidents tertiaires ou ulcéreux. Ces accidents seront très-variables dans leur forme : tantôt ce seront les syphilides en groupes qui deviendront le siége d'ulcérations qui resteront fixes, ou bien, au contraire, qui affecteront la forme serpigineuse; tantôt ce seront des pustules d'ecthyma, ou bien ces pustules si remarquables à la fois et par leur peu d'étendue et par leurs croûtes dures, épaisses et persistantes, constituant la syphilide pustulo-crustacée; dans les cas les plus graves, ce seront des ulcérations et des croûtes de rupia. Ces lésions, quelle que soit leur forme, sont ordinairement peu nombreuses et limitées à un petit nombre de régions; souvent elles ne troublent que peu la santé générale, et les malades qui en sont atteints peuvent même, dans certains cas, continuer leurs occupations et leur genre de vie habituel.

Tel est le tableau de l'évolution la plus commune de la syphilis; telle est, dans sa marche, dans son développement et dans le caractère de ses manifestations cutanées, la syphilis que l'on pourrait appeler normale ou classique.

Eh bien! rapprochez de ce tableau celui que nous présentent nos deux malades; voyez-les, l'un et l'autre, six semaines seulement après leur chancre infectant, constellés, non par les taches superficielles et les mouchetures rosées de l'éruption rubéolique, mais voyez-les défigurés, devenus hideux et repoussants par toutes ces croûtes énormes, noirâtres, sanieuses et infectes qui couvrent la plus grande partie de leur cuir chevelu, de leur visage, de leur tronc et de leurs membres. Voyez, du côté de la syphilis classique, ces lésions secondaires, précoces, si légères et si bénignes en elles-mêmes, au milieu d'une santé générale souvent intacte; et, du côté de nos deux malades, voyez ces ulcérations si nombreuses et si larges, desquelles s'écoule incessamment, par-dessous et à travers les croûtes qui les recouvrent, un mélange dégoûtant et fétide de pus et de sang; voyez ces traits décolorés, amaigris; ces yeux abattus, éteints; ces lèvres sèches, cette profonde et indéfinissable expression de souffrance; cette fièvre intense, cette prostration, cet anéantissement des forces, cette abolition de l'appétit et du sommeil, et tout ce trouble général et si grave de toutes les fonctions physiologiques; et dites-moi, en présence de ces deux tableaux si différents de la même diathèse, s'il n'y a pas là, en réalité, deux formes différentes, deux manifestations distinctes, parfaitement tranchées et dissemblables de cette même diathèse? D'un côté, ce sera la forme ordinaire habituelle de la syphilis; de l'autre, ce sera sa forme *maligne et galopante*; *maligne*, en raison de la gravité des lésions cutanées et de la gravité de l'état général; *galopante*, en raison de la rapidité de l'invasion, du développement et de la marche des accidents locaux et généraux.

La syphilis peut donc, dans certains cas, rares heureusement, se présenter sous une forme tout à fait en dehors de celle que l'on observe habituellement, et qui, par l'extrême gravité des accidents locaux et généraux auxquels elle donne lieu, justifie pleinement la dénomination de *syphilis maligne galopante;* les deux malades que je mets sous vos yeux vous en offrent deux exemples saisissants et incontestables.

La *syphilis maligne galopante*, Messieurs, se présente dans deux cas bien différents, c'est-à-dire à deux époques bien différentes de l'évolution syphilitique. Tantôt elle est *précoce* ou *primitive;* tantôt, au contraire, elle est *tardive* ou *consécutive.*

Elle est *précoce* ou *primitive* lorsqu'elle est le premier des accidents généraux de la syphilis, lorsqu'elle succède directement, à court délai, sans intermédiaire et d'emblée, au chancre infectant. Telle est la forme que nous présentent nos deux malades. En effet, l'un et l'autre, *six semaines seulement après leur chancre infectant*, et sans qu'il se soit manifesté aucune autre lésion à la peau, ont vu se développer à la fois, sur la tête, sur le tronc et sur les membres, les ulcérations et les croûtes de rupia qu'ils vous présentent aujourd'hui. Ainsi, dans ces deux cas, chez ces deux malades, c'est par le rupia le plus grave et le plus généralisé que la syphilis constitutionnelle s'est manifestée tout d'abord, au milieu de la perturbation la plus profonde apportée à la santé et aux fonctions physiologiques.

D'autres fois, la forme maligne galopante de la syphilis est *tardive* ou *consécutive*. On la voit alors survenir et se développer brusquement et avec tous ses caractères alarmants, à une époque plus ancienne de la

diathèse, et après les accidents constitutionnels ordinaires. Elle éclate à l'improviste comme un coup de tonnerre et comme une tempête, au milieu de la paisible évolution d'accidents cutanés précoces et d'une nature bénigne, tels qu'une roséole ou qu'une syphilide papuleuse. Il se fait alors, dans l'état du malade, aussi bien au point de vue des accidents locaux que des troubles généraux, un changement tellement rapide, tellement accentué, qu'il est impossible de ne pas voir que la scène a changé, et que la maladie a pris une forme et des allures tout à fait différentes et tout à fait nouvelles.

L'année dernière, j'ai observé un cas de ce genre chez un jeune officier de notre armée, auprès duquel j'ai appelé en consultation mon ami, M. Léon Labbé, chirurgien de la Pitié. M. X... avait gagné en province un chancre infectant qui avait été suivi, aux époques habituelles d'éruption, d'une roséole et d'une syphilide papuleuse. Il vint à Paris, où je le soignai par le traitement ordinaire, et, quand il regagna sa ville de garnison, les accidents cutanés étaient en pleine décroissance, et la santé générale dans l'état le plus satisfaisant. Deux mois plus tard, il revenait à Paris, méconnaissable, amaigri, les forces complétement dégradées, pouvant à peine se soutenir et quitter son lit, avec une fièvre intense et continuelle, une inappétence absolue, des vomissements, une insomnie persistante, une vaste ulcération pharyngienne, et de nombreuses ulcérations et croûtes de rupia au cuir chevelu, sur le front, sur les joues, à l'avant-bras gauche, sur les cuisses, et à la région lombaire. C'est alors qu'effrayé d'un cortége d'accidents aussi alarmants j'appelai M. Labbé pour

m'assister auprès de ce malade, que je revoyais dans un état si différent de celui qu'il présentait deux mois auparavant. Que s'était-il donc passé pour M. X...? Lorsqu'il avait quitté Paris, les accidents cutanés précoces étaient à peu près complétement effacés et la santé générale excellente ; il s'était cru complétement guéri, et malgré les recommandations que je lui avais faites relativement à la nécessité de continuer son traitement et d'avoir une hygiène sévère, il avait cessé toute médication et s'était livré à tous les excès, trop fréquents malheureusement dans les villes de garnison; il avait repris en même temps son service militaire, très-pénible dans la cavalerie. Sous la double influence des plaisirs immodérés, d'une hygiène désordonnée et des fatigues inhérentes à l'exercice prolongé du cheval et à toutes les exigences du service, il n'avait pas tardé à sentir ses forces décliner, son appétit se perdre et la fièvre survenir. Bientôt avaient apparu, sur la peau, les graves lésions du rupia, et au pharynx, la vaste et profonde ulcération dont nous avons parlé, ainsi que tout le cortége des accidents décrits plus haut.

Ici nous touchons du doigt la cause de l'invasion de la *syphilis maligne ;* elle est manifeste, évidente. Elle se déclare aussitôt que le traitement cesse, que les forces sont surmenées, que la constitution est affaiblie et détériorée, que la fièvre et que les troubles fonctionnels surviennent au milieu des mauvaises conditions d'existence que le malade s'était faites. Il est arrivé là, pour les manifestations diathésiques, ce qui arrive pour le chancre mou primitif, qui revêt la forme la plus grave qu'il puisse présenter, sa *forme maligne,* c'est-à-dire qui se *phagédénise,* quand la santé du malade s'altère, et qui

son traitement et son hygiène sont défectueux. Nous pouvons donc établir que la cause de la *syphilis maligne, galopante, tardive*, c'est-à-dire *concomitante des accidents cutanés précoces ordinaires, ou consécutive à ces accidents*, réside dans le défaut d'un traitement convenable, dans une hygiène mauvaise, dans la détérioration de la santé générale, par des fatigues ou excès de tous genres.

Les mêmes causes peuvent engendrer la *syphilis maligne précoce galopante*, c'est-à-dire *celle qui survient primitivement, d'emblée et à bref délai, après le chancre infectant*. De même que les manifestations de l'herpétisme s'aggravent et deviennent *malignes*, de bénignes qu'elles étaient, sous l'influence de l'altération de la santé, de la dégradation des forces et d'un traitement vicieux ; de même aussi les *premières manifestations de la syphilis pourront être malignes* si la constitution du malade est mauvaise, et s'il se trouve au milieu de conditions fâcheuses, contraires à une saine hygiène et aux exigences de la diathèse qu'il a contractée.

Cette explication étiologique peut être admise pour la malade couchée au n° 59 de la salle Henri IV. Cette jeune femme est couturière ; or vous connaissez les habitudes, le genre de vie, l'hygiène des femmes de cette profession ; sa constitution est lymphatique et anémiée ; sa nourriture, son logement laissaient beaucoup à désirer. Plusieurs chancres primitifs, quatre ou cinq, se déclarèrent à la fois sur les grandes lèvres, et un sixième à la fourchette ; elle ne les soigna pas ; elle n'en continua pas moins ses occupations ordinaires. Au bout de douze à quinze jours d'existence, le chancre de la fourchette devint le siége du phagédénisme ; la

malade fut effrayée, et elle entra à l'hôpital quelques jours plus tard. Quand nous la vîmes pour la première fois, vingt ou vingt-cinq jours après l'apparition des chancres primitifs, voici quels étaient les accidents locaux : quatre ou cinq chancres, parfaitement caractérisés, étaient placés en regard les uns des autres à la partie externe et inférieure des deux grandes lèvres; l'un de ces chancres avait une base manifestement indurée ; en écartant la vulve, on constatait une vaste ulcération chancreuse, irrégulière dans ses contours, à bords tranchants, à fond grisâtre, qui avait détruit l'entrée du vagin, et largement entamé la face interne des deux grandes lèvres, ainsi que la cloison recto-vaginale. C'était bien et incontestablement un chancre phagédénique. Ainsi, chez cette femme, le *caractère malin* de la maladie s'était déclaré dès l'époque des accidents primitifs, en transformant un chancre mou primitif ordinaire en un chancre phagédénique. Plus tard, c'est-à-dire vingt jours environ après l'entrée de la malade à l'hôpital, et *six semaines, par conséquent, après l'apparition des chancres*, se manifestèrent, sous la forme *maligne* aussi, les premiers accidents diathésiques (bulles, ulcérations et croûtes du rupia sur le cuir chevelu, le front, les joues, le nez, le dos et les cuisses). Ce cas nous offre donc le très-intéressant, le très-rare, peut-être même l'unique exemple, observé ou publié jusqu'à ce jour, d'une double malignité portant d'abord sur la *lésion primitive* de la syphilis, quand elle n'est encore que locale, et ensuite sur ses *lésions secondaires*, quand elle est devenue générale ou constitutionnelle. Eh bien! cette double malignité, nous pouvons nous l'expliquer par l'ensemble des mauvaises

conditions de toute nature dans lesquelles vivait cette malade, et dans lesquelles elle est restée, après l'éclosion de ses chancres. Chez elle, comme chez l'officier de cavalerie, la cause de la syphilis maligne est donc facilement appréciable.

Mais il n'en est pas de même pour le malade couché au n° 56 de la salle Saint-Charles. C'est un garçon fort, vigoureux, d'une bonne constitution, employé à l'octroi. Il reçut en temps opportun, pour son chancre primitif, dont vous voyez la cicatrice sur le prépuce, les soins de M. le docteur Renault ; tout fut donc régulier pour ce malade que notre honorable confrère nous adressa quand, malgré un traitement très-convenable, il vit apparaître les accidents graves que nous avons décrits en commençant. A quelle cause donc attribuer la *forme maligne et galopante* que présentèrent chez lui, d'emblée, les accidents précoces de la syphilis? Peut-être à une certaine disposition idiosyncrasique toute spéciale à sa constitution. La syphilis a pu trouver chez lui un terrain si bien fait pour elle, si favorable à son développement, si plantureux, qu'elle y poussa avec une rapidité, une intensité, une puissance d'expansion tout exceptionnelles. Peut-être aussi cet homme absorba-t-il une quantité de virus syphilitique si considérable que sa constitution s'en trouva profondément imprégnée, en quelque sorte saturée, et alors les accidents toxiques, au lieu d'être, comme dans les cas ordinaires, lents et bénins dans leurs manifestations, se produisirent, au contraire, avec une acuïté, une gravité et une énergie en rapport avec la quantité de poison absorbée. Telles sont les deux explications, plus ou moins satisfaisantes, qui ont été proposées pour inter-

préter, au point de vue étiologique, des cas analogues à celui de ce malade. Nous dirons donc que si la cause de la syphilis maligne galopante, *précoce* ou *tardive*, se rattache manifestement, dans certains cas, à une santé générale mauvaise, à une hygiène déplorable, à une médication mal conduite, il est des cas aussi dans lesquels cette cause nous échappe, et nous réduit à la chercher dans des considérations conjecturales et hypothétiques.

Si le pronostic de la syphilis, même dans sa forme la plus vulgaire et la plus bénigne, est toujours sérieux, à plus forte raison le sera-t-il dans sa forme maligne. Ici tout est de la plus haute gravité, tout doit nous inspirer les inquiétudes les plus fondées. Considérez d'abord l'état général : cette fièvre continuelle, cette excessive faiblesse, cette prostration des forces, ce trouble profond des fonctions digestives, cette abolition de l'appétit, cette langue sèche, cette diarrhée ; et dites-moi s'il n'y a pas là déjà de quoi compromettre sérieusement la vie du malade. Voyez ensuite ces lésions cutanées, ces croûtes hideuses, couvrant une partie de la tête, de la face, du corps et des membres, et cachant autant d'ulcérations qui produisent un pus sanieux, de mauvaise nature, dont l'abondance épuise les malades, et dont la puanteur constitue pour eux une atmosphère fétide, au milieu de laquelle ils s'empoisonnent eux-mêmes par la respiration incessante des exhalaisons les plus viciées et les plus nauséeuses. Songez que chacune de ces ulcérations, au moindre frottement, au moindre contact irritant, est le siége de douleurs intenses, qui deviennent intolérables et arrachent des cris, quand le poids du corps vient à porter sur les surfaces ulcérées,

en rendant tout repos et tout sommeil impossibles. De ce côté encore, ne trouvez-vous pas, pour le pronostic, les signes les plus fâcheux? Et, en effet, nous pouvons le dire sans rien exagérer, la syphilis maligne, précoce ou tardive, est une des maladies les plus redoutables qui existent, une de celles qui compromettent le plus sérieusement la vie des malades; elle nous a fait perdre, il y a deux ans, une femme qui occupait précisément, et par une singulière coïncidence, le même lit que notre malade actuelle.

Le traitement de la syphilis maligne présente de grandes difficultés, et exige beaucoup de tact médical et de science clinique; c'est là un de ces cas dans lesquels il faut envisager, non pas seulement la maladie, mais plutôt encore peut-être le malade; c'est-à-dire que, dans les applications thérapeutiques, vous aurez à tenir compte, non pas seulement de la nature de la maladie, mais d'abord, et avant tout, de l'état général du malade, des désordres généraux, des troubles fonctionnels, du degré de fièvre, et de prostration des forces, dont vous le verrez atteint. Ainsi, gardez-vous bien de prescrire tout de suite les spécifiques, le mercure et l'iodure de potassium; sans doute ces médicaments sont indiqués par la maladie, mais ils sont en même temps formellement contre-indiqués par l'état du malade; avec une fièvre aussi intense, avec de pareils troubles gastro-intestinaux, ils ne seraient pas supportés, et ne feraient qu'aggraver les accidents. Oubliez qu'il s'agit de la syphilis, et, pour commencer, allez au plus pressé, préoccupez-vous de remplir les indications si importantes posées par le déplorable état général des malades. Placez-les avant tout dans les conditions hygiéniques

les meilleures possibles, faites-leur respirer un air pur, grâce à une ventilation bien dirigée ; débarrassez-les de l'odeur fétide qu'ils dégagent, par la plus minutieuse propreté, par des lotions fréquentes, par des bains aromatiques, alcooliques, savonneux; soumettez-les à l'action vivifiante du soleil et de l'air extérieur, en les faisant porter, et en les laissant séjourner au dehors, aussi souvent et aussi longtemps que la température le permettra. Donnez des lavements émollients, astringents, opiacés; en même temps, efforcez-vous de relever les forces par les toniques les mieux choisis, par du vin généreux, du vin de quinquina, du bouillon, du jus de viande, de la viande crue. Chez nos deux malades, nous avons retiré et nous retirons encore le meilleur résultat des alcooliques; ils prennent tous les jours, l'un et l'autre, une potion composée de :

Cognac vieux.	50 grammes.
Sirop de quinquina	50 grammes.
Eau distillée de menthe.	120 grammes.

Prescrivez des tisanes aromatiques et amères, telles que les infusions de camomille, d'angélique, de feuilles d'oranger, de petite centaurée, les macérations de quinquina, de quassia; ne négligez pas les eaux minérales gazeuses et reconstituantes, telles que les eaux de la Bauche, de Marcols, d'Orezza, coupées avec de Spa, du vin de Bordeaux, ou des sirops de quinquina, d'écorces d'oranges amères, de gentiane, etc. Immédiatement avant les repas, qui seront aussi réparateurs que possible, comme moyen de relever, de faciliter les fonctions digestives, et d'arrêter

les vomissements, administrez la strychnine sous la forme suivante :

Eau distillée.	120 grammes.
Sulfate de strychnine. . . .	2 centigrammes.
Sirop de menthe.	30 grammes.

Faites prendre une cuillerée à soupe de cette potion avant chacun des repas ; ou bien donnez, si vous l'aimez mieux, dans un quart de verre d'eau froide, et au moment de manger, une cuillerée à café de l'élixir stomachique amer de Stoughton ; ou bien encore, dans une cuillerée d'eau froide, une ou deux gouttes de la teinture amère de Baumé.

Sous l'influence de ce régime hygiénique et reconstituant, vous pourrez, comme chez les deux malades qui sont sous vos yeux, et comme chez l'officier dont je vous ai parlé, voir l'état général s'amender, la fièvre diminuer, le sommeil revenir, les forces se relever, l'appétit se réveiller ; ce sera le moment, tout en continuant le même régime, d'y adjoindre les spécifiques. Il s'agit d'accidents ulcéreux, l'iodure de potassium est indiqué ; vous le donnerez à petite dose, 50 centigrammes seulement en solution aqueuse, en mangeant, d'abord à un seul des trois repas, puis, à mesure que l'estomac et l'intestin s'y habitueront, à deux repas, et ensuite aux trois repas ; ne dépassez pas cette dose. Si les malades le préfèrent, donnez en dehors des repas, l'iodure de potassium dissous, dans du sirop d'écorces d'oranges amères, ou mieux dans le produit de la distillation concentrée de la salsepareille ; faites prendre chaque jour trois grandes cuillerées de cette liqueur de salsepareille, contenant chacune $0^{gr},50$ d'iodure potassique.

Nous n'avons pas ici affaire à des accidents tertiaires ; ce sont des accidents précoces, malins, c'est-à-dire d'une haute gravité ; usons donc de toutes les armes possibles pour les combattre avec plus d'avantage, et, tout en employant l'iodure de potassium, donnons aussi le mercure ; faisons prendre au malade, tous les jours, une pilule contenant :

Protoiodure d'hydrargyre.. .	3 centigrammes
Extrait de gentiane.	10 centigrammes
Extrait d'opium.	1 centigramme

Si nous voulons ménager le tube intestinal, faisons absorber le mercure par la méthode endermique : frictionnons deux fois par jour la partie interne des membres inférieurs avec 4 grammes d'onguent napolitain double. Le lendemain, nous frictionnerons de la même manière la face interne des membres supérieurs. Si les ulcérations sont en voie de se cicatriser, et que nous n'ayons point à craindre de nouvelles poussées, après deux jours de frictions hydrargyriques, donnons, le troisième jour, un bain sulfureux. Le quatrième et le cinquième jour, nouvelles frictions, suivies, le sixième jour, d'un nouveau bain sulfureux, et ainsi de suite.

Cette médication que nous avons employée, M. Léon Labbé et moi, avec le plus grand succès chez notre jeune officier de cavalerie, aujourd'hui parfaitement guéri, nous donne également, ainsi que vous pouvez le constater, les meilleurs résultats chez nos deux malades de l'hôpital.

Ainsi donc, pour traitement interne, des toniques, des reconstituants d'abord ; puis les spécifiques, que nous y adjoindrons aussitôt qu'ils pourront être sup-

portés et que le terrain aura été suffisamment préparé pour les recevoir. Vous continuerez les analeptiques concurremment avec les spécifiques; ainsi le fer, le quinquina seront très-utilement administrés, en même temps que le mercure, que l'iodure de potassium et qu'une nourriture aussi réparatrice que possible.

Quant au traitement externe, vous le ferez consister: 1° en soins de la plus exquise propreté, lotions et bains répétés; 2° vous respecterez les croûtes, qui sont pour les ulcérations sous-jacentes des organes d'isolement et de protection; 3° si elles se détachent avant la cicatrisation parfaite des ulcérations, pansez ces ulcérations, qui sont de mauvaise nature, avec des topiques excitants et doués de propriétés modificatrices, tels que l'onguent styrax, les poudres de charbon végétal porphyrisé, de quinquina, de camphre, d'iodoforme, la teinture d'iode convenablement étendue, le vin aromatique, l'alcool camphré, etc. Quelquefois vous vous trouverez bien des émollients : ainsi, des cataplasmes de fécule de pommes de terre, bien cuits, réduits en gelée, ou de la pulpe de pommes de terre ou de carottes crues et fraîchement râpées, avec laquelle vous recouvrirez les surfaces ulcérées; tels sont les moyens de traitement avec lesquels vous pourrez quelquefois guérir cette forme si redoutable de la syphilis.

P.-S. — Deux mois après cette leçon, le malade de la salle Saint-Charles, n° 56, a quitté l'hôpital, tout à fait guéri. Quant à la malade de la salle Henri IV, elle a succombé, au bout de 6 à 7 mois de poussées successives, dans la fièvre hectique, le marasme et l'épuisement.

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON

Étude symptomatologique comparative des manifestations cutanées de la dartre, de la scrofule et de la syphilis.

Messieurs,

Trois diathèses se disputent nos salles et encombrent nos lits : *la dartre, la scrofule, la syphilis*. Toutes les trois prennent racine, poussent et se développent dans le même terrain : la peau; toutes les trois manifestent leur existence par les mêmes productions morbides : la papule, le tubercule, la pustule, la squame, l'ulcération, la croûte, la cicatrice; toutes les trois adoptent à peu près les mêmes allures : leur évolution est le plus habituellement lente, chronique, leur durée longue, et les accidents locaux qui les caractérisent n'éveillent que rarement un trouble général dans l'économie; toutes les trois, superficielles et bénignes dans leurs premiers symptômes, peuvent, avec le temps, envahir nos organes les plus profonds et engendrer, au sein de nos viscères, les plus redoutables altérations; toutes les trois, enfin, sont héréditaires, et, si la syphilis se propage le plus souvent par l'inoculation, on la voit aussi, comme les deux autres, se transmettre par l'hérédité.

Ainsi donc ces trois diathèses, si différentes par leur nature, ont souvent entre elles une ressemblance et comme un air de famille d'où peuvent résulter, pour le médecin et pour le malade, les plus graves erreurs et les plus fâcheux mécomptes; mais, heureusement, sous cette trompeuse ressemblance se cachent certains traits distinctifs, certaine physionomie spéciale et caractéristique, quelquefois difficiles à démêler, j'en conviens, mais que cependant un œil exercé pourra saisir, et à l'aide desquels le diagnostic sera toujours possible : ce sont ces traits pathognomoniques si importants que je vais m'efforcer de faire saillir sous vos yeux dans une étude comparative de ces trois diathèses. Nous les rapprocherons pour les envisager d'abord dans leur ensemble et dans leur aspect général; puis nous prendrons une à une leurs diverses lésions anatomo-pathologiques, et dans chacune d'elles nous constaterons une nuance, une manière d'être différente, une expression particulière; ce sera là pour nous le cachet propre et individuel de telle ou telle diathèse que, dès lors, nous saurons facilement reconnaître et dénommer.

I

Messieurs, plusieurs maladies ont un facies caractéristique et une habitude extérieure tellement accentuée qu'on les diagnostique à première vue et à distance : ainsi en est-il des inflammations abdominales, qui se révèlent sur la face grippée du malade; ainsi en est-il de la fièvre typhoïde, dont l'existence se trahit par l'hébétude des yeux et de la figure; ainsi en est-il encore de la tuberculose pulmonaire, que dénotent les pom-

mettes rouges et saillantes, et les sclérotiques brillantes, bleuâtres et nacrées. Il en est de même de nos trois diathèses; chacune d'elles a une physionomie saillante, expressive et distincte, à l'aide de laquelle on la reconnaît : la syphilis s'accuse par une coloration d'un rouge brun, cuivré, que M. Hardy compare avec raison à la chair de jambon cru; la scrofule prend une couleur d'un rouge plus ardent, vineux et comme érysipélateux; la dartre n'a point de coloration qui lui soit propre, et que l'on retrouve toujours la même dans toutes ses diverses manifestations; ainsi, dans l'*eczéma*, on la voit tantôt d'un rouge vif tendre, tantôt d'un rouge brunâtre luisant et comme vernissé; dans les squames du *psoriasis*, elle est blanche, plâtreuse, ou argentée et brillante, d'un reflet métallique, tandis que, sur les *papules psoriasiques* dénudées de squames, elle apparaît avec le rouge cuivré de la syphilis, coloration menteuse et à double face, par laquelle on ne sera point trompé, si l'on interroge les antécédents du malade, si l'on trouve les plis inguinaux et les régions latérales du cou sans adénite spécifique, si l'on recherche avec soin, sur ces insidieuses papules, des débris de squames, dont l'existence, constatée, tranchera la difficulté et démasquera complétement le caractère dartreux de l'affection.

La syphilis choisit le front pour son siége de prédilection; c'est là qu'elle fait sa première apparition et qu'elle étale ses premières papules et ses premiers tubercules sous le nom pittoresque de *corona veneris*. Du front, elle descend sur la face, sur le tronc et sur les membres; elle se dissémine, elle s'éparpille sur tout le corps, dont la surface entière se trouve émaillée, tigrée et mouchetée de ses diverses productions,

éparses, sans aucun ordre, sans aucun plan, sans aucune disposition symétrique, presque jamais confluentes, isolées et séparées les unes des autres, si nombreuses soient-elles, par de petits espaces de peau restée saine.

La dartre s'étale aussi sur tout le corps; mais, qu'elle soit sèche ou humide, qu'elle s'appelle *psoriasis* ou *eczéma*, elle prend habituellement une configuration régulière et symétrique; ses éléments morbides sont confluents et se réunissent en groupes pour constituer de vastes plaques, de larges îlots de formes diverses, bizarres et presque toujours semblables aux plaques et aux îlots qui leur correspondent sur l'autre moitié du corps, et sur lesquels on dirait qu'ils se sont moulés.

On a comparé la syphilis à un protée : c'est que, en effet, elle signale chacune des phases de son évolution par une physionomie différente. Ses manifestations cutanées précoces sont habituellement, dans l'ordre de leur apparition, des taches rubéoliques ou une roséole, des papules, puis des tubercules avec ou sans squames. Abandonnées à elles-mêmes, ces lésions cutanées persistent chacune de un à plusieurs mois, puis elles se transforment. Les taches rubéoliques deviennent des papules, et celles-ci, à leur tour, deviennent des tubercules. Lorsque ces poussées successives, *accidents précoces*, ont disparu, on assiste ultérieurement, et à une époque plus ancienne de l'intoxication syphilitique, à une nouvelle *poussée* se produisant sous une autre forme que la première. Ce sont bien encore des papules et des tubercules, mais ils ne sont plus disséminés et généralisés comme dans leur première phase; ils sont, au contraire, limités et réunis dans un ou plusieurs

espaces circonscrits. C'est là ce que M. Hardy a décrit sous le nom de *syphilides tardives en groupes*. A une époque encore plus avancée, la syphilis se traduit par d'autres manifestations ; ce ne sont plus des papules ni des tubercules, ce sont des ulcérations, des croûtes et des cicatrices. Ainsi, *accidents précoces*, roséole, papules, tubercules *disséminés ; accidents tardifs*, papules et tubercules *en groupes ; accidents tertiaires*, ulcérations, croûtes et cicatrices, tels sont les différents phénomènes qui signalent, sur la peau, le passage de la syphilis dans les trois premières phases de son évolution ; c'est l'ordre qu'elle suit habituellement dans sa marche progressive. Quand elle est arrivée à sa deuxième ou à sa troisième étape, c'est-à-dire aux dermatoses en groupes et aux ulcérations, jamais on ne la voit rebrousser chemin pour remonter à son point de départ et reproduire de nouveau les accidents précoces de sa première apparition. Tout au contraire, elle continue sa marche fatale qu'elle signale alors, dans une autre phase plus avancée, par des lésions plus profondes encore que les ulcérations cutanées, c'est-à-dire par des gommes et par des altérations osseuses et viscérales... Voilà la syphilis.

La dartre procède tout autrement : abandonnée à elle-même, elle reste pendant des années entières ce qu'elle était au premier jour ; elle aime et pratique le *statu quo*. Quand elle a adopté une forme, elle la conserve, elle s'y incarne, en quelque sorte, pour s'y éterniser. Si on la combat par une médication active, on l'efface, on la fait disparaître ; mais ce n'est, le plus souvent, que pour un temps. Elle reparaît après un certain délai, et c'est toujours sous sa forme primitive. Si, au contraire, on ne lui oppose aucun traitement, on

la voit, pendant une durée indéfinie, conserver sa physionomie du premier jour, jusqu'à ce qu'elle finisse par s'user elle-même, ou bien jusqu'à ce que, par de redoutables métastases, elle ait envahi, comme la syphilis, les organes profonds. N'est-ce pas ainsi que se comporte toujours et invariablement le *psoriasis ?* Ne sont-ce pas là aussi trop souvent les allures du *prurigo*, du *lichen* et de l'*eczéma ?*

La scrofule est différente dans sa marche et dans son aspect : la face est son siége de prédilection ; elle l'occupe quelquefois tout entière, mais habituellement elle se localise sur le nez ou sur l'une des joues seulement ; plus rarement elle se fixe sur le tronc et sur un point limité d'un membre. Jamais, comme le font la dartre et la syphilis, elle ne se généralise, excepté toutefois quand elle revêt cette forme rare désignée par M. Hardy sous le nom de *tuberculeuse disséminée*. C'est donc sur la face qu'on la juge le mieux et qu'on la reconnaît à ses caractères distinctifs. C'est là qu'on la voit avec ses teintes d'un rouge vineux, avec ses hypertrophies de tissu, avec l'épaississement des joues, des lèvres, des ailes du nez, avec ses tubercules durs, anguleux, érythémateux, dont la coloration rouge s'étend sur toute la surface des téguments ambiants hypertrophiés. C'est là qu'elle opère ses ravages les plus redoutables : ulcération des joues en surface et en profondeur, destruction du nez, perforation des os de la voûte palatine.

Mais la scrofule et la syphilis dans ses accidents tertiaires ont ici le même terrain de prédilection sur lequel elles produisent les mêmes lésions. Or, suivant la remarque de M. Bazin, on les distinguera l'une de

l'autre à ce caractère : que la syphilis détruit les cartilages et les os du nez et du palais *à priori*, et sans avoir touché d'abord aux parties tégumentaires, tandis que la scrofule n'arrive jusqu'aux os qu'après avoir préalablement détruit les parties superficielles. Ainsi, dans leur commune action destructive, la syphilis et la scrofule suivent deux routes opposées : la scrofule procède de dehors en dedans, de la superficie à la profondeur, et la syphilis de dedans en dehors, de la profondeur à la superficie.

En résumé, dans leurs manifestations cutanées, la syphilis se distingue par sa coloration cuivrée, par ses variétés de formes, par des transformations successives, et par ses lésions de plus en plus restreintes en surface, à mesure qu'elles deviennent plus anciennes et plus profondes. La dartre se caractérise par sa tendance à se généraliser, par sa disposition symétrique, et par sa fixité à conserver, à toutes les époques de son évolution, sa forme primitive. La scrofule se reconnaît à ses teintes vineuses, à ses hypertrophies, à ses ulcérations et à sa fixité à conserver à toutes les périodes de sa durée son siége primitif.

Ainsi, pour la syphilis, variété de siége et de forme ; pour la dartre, variété de siége, mais fixité de forme ; pour la scrofule, fixité de siége, mais variété de forme.

La dartre ne laisse aucune trace de son passage, aucun vestige de son existence. La syphilis n'en laisse pas davantage après ses manifestations précoces ; mais ses ulcérations, aussi bien que les ulcérations de la scrofule, donnent lieu à des cicatrices pathognomoniques et indélébiles qui restent comme la signature propre et distinctive de l'une et de l'autre diathèse.

Les lésions cutanées de la scrofule, si graves, si étendues, si profondes qu'elles soient, ne sont pas douloureuses, et, de plus, elles ne donnent lieu à aucun trouble général. Lors même qu'elle attaque, qu'elle perfore et qu'elle détruit les os, la scrofule n'est pas douloureuse. Toutes les dermatoses syphilitiques sont également indolentes, aussi bien les simples taches de la roséole la plus superficielle que les ulcérations tertiaires les plus profondes. Tout ce qui est accident syphilitique, ayant pour siége la peau et les muqueuses, est par cela même indolent. Ainsi, tandis que l'angine idiopathique la plus bénigne donne lieu à des douleurs continues, qui, dans la déglutition, deviennent intolérables, l'angine syphilitique la plus grave, qui laboure et détruit les amygdales par de vastes et profondes ulcérations, n'est qu'à peine douloureuse, et n'apporte presque aucun trouble dans la déglutition ; mais, si la syphilis touche les os, ou le périoste, contrairement à la scrofule, elle produit ces douleurs atroces, térébrantes, à type intermittent, nocturnes, connues sous le nom de *douleurs ostéocopes*. Le plus souvent, l'efflorescence des syphilides précoces s'opère sans aucun trouble local ni général ; mais quelquefois aussi elle est précédée et accompagnée d'un état fébrile que l'on appelle *fièvre syphilitique*. D'autres fois, on observe à la même période, et concurremment avec ces mêmes dermatoses précoces, des accès de névralgie intermittente affectant diverses régions, névralgies hémi-crâniennes, temporales, deltoïdiennes, intercostales, se reproduisant de préférence le soir, réfractaires au sulfate de quinine, et seulement justiciables, comme les accidents tertiaires, de l'iodure de potassium. Tout à l'heure, c'était la *fièvre*

syphilitique ; dans ce dernier cas, c'est la *névralgie syphilitique.*

Les lésions cutanées de la dartre, moins graves en elles-mêmes que certaines lésions de la scrofule et de la syphilis, sont cependant très-souvent douloureuses. Chez elles, le phénomène douleur se modifie et revêt diverses formes : dans l'*eczéma*, c'est une cuisson et une brûlure ; dans le *prurigo*, c'est une démangeaison irrésistible ; dans le *lichen*, ce sont comme des milliers de pointes d'aiguilles qui s'enfonceraient dans la peau.

II

Après avoir étudié les caractères communs et différentiels des *herpétides*, des *scrofulides* et des *syphilides*, envisagées, dans leur ensemble, au triple point de vue de leur aspect et de leur physionomie générale, de leur développement et de leur évolution, et des symptômes subjectifs auxquels elles donnent lieu, prenons maintenant, une à une, leurs principales lésions élémentaires : elles sont les mêmes dans les trois diathèses. Or, voyons quelles sont les modifications que chacune de ces diathèses apportera dans chacune de ces lésions, pour y graver son empreinte et son cachet.

Squames. — La dartre nous offre, dans le *psoriasis*, des squames blanches, argentées, sèches, larges, épaisses, formées de plusieurs couches surperposées et intimement unies entre elles, se détachant par le grattage en fragments plus ou moins nombreux, et toujours fortement adhérentes à la plaque cutanée rougeâtre sous-jacente. Dans le *pityriasis*, les squames sont farineuses

et furfuracées, et se détachent d'elles-mêmes, souvent, d'un fond tantôt rouge érythémateux, tantôt sans altération aucune, suivant la forme du pityriasis. Dans l'*eczéma*, les squames sont larges, lamelleuses, minces, blanchâtres, opaques, quelquefois mélangées de particules croûteuses, un peu humides et recouvrant un fond humide lui-même.

Dans la syphilis, les squames s'observent sur les papules et sur les tubercules précoces, aussi bien que sur les papules et tubercules tardifs disposés en groupes, ou formant ces lignes, de configuration variable, qui s'étendent de proche en proche, par une sorte de locomotion centrifuge, et auxquelles on a donné le nom de *syphilides serpigineuses squameuses*. Dans ces diverses variétés de la même diathèse, les squames sont toujours les mêmes ; minces, fines, sèches, d'un blanc grisâtre, unifoliacées, formées d'une seule lamelle, s'enlevant avec la plus grande facilité, et souvent se détachant d'elle-même, à sa partie centrale, tandis que ses bords restent adhérents à la périphérie de la papule sous-jacente ; cette papule apparaît alors entourée d'un cercle lamelleux blanchâtre, que, au point de vue de sa forme régulièrement arrondie, on pourrait comparer à la *pupille ;* Biette l'a désigné sous le nom de *collerette*, et les syphiliographes lui ont conservé le nom de *collerette de Biett*.

Tubercules. — La *syphilide tuberculeuse en groupe* pourrait, au premier abord, être confondue avec la *scrofulide tuberculeuse ;* mais cette confusion cessera d'être possible si l'on observe : 1° du côté de la syphilis, la coloration cuivrée des tubercules, leur forme arrondie,

leur isolement les uns des autres, leur implantation sur une surface de peau restée saine; 2° du côté de la scrofule, des tubercules proéminents, anguleux, confluents, d'un rouge vineux, implantés sur une surface de peau épaissie, hypertrophiée, et présentant la même coloration rouge vineuse.

Ulcérations. — Les ulcérations de la dartre, qu'elles soient très-petites en surface et tout à fait superficielles, comme celles de l'*herpès*, de l'*impétigo* et de l'*ecthyma*, ou bien qu'elles aient une étendue et une profondeur considérables, comme celles que l'on voit si fréquemment sur les membres inférieurs, dont la peau a été amincie ou dénaturée par un *eczéma* chronique, présentent toujours les mêmes caractères : leurs bords sont taillés en biseau; ils adhèrent intimement à toute la périphérie de l'ulcération; ils ne sont jamais décollés. Ces ulcérations sont habituellement très-douloureuses, et donnent aux malades la sensation de chaleur mordicante, de cuissons et de brûlures.

La syphilis, sans parler du chancre mou, ni du chancre induré, ni du chancre phagédénique, nous offre deux variétés d'ulcères : 1° l'ulcère qui est habituellement recouvert d'une croûte, et qui constitue la *syphilide pustulo-crustacée, serpigineuse, ou non-serpigineuse;* 2° l'ulcère sans croûte, que l'on rencontre partout : sur le tronc, sur les membres, à l'isthme du gosier, sur les amygdales. Or, dans ces différents cas, l'ulcère syphilitique se distingue par des caractères spéciaux qui sont : 1° des bords tranchants, taillés à pic, jamais biseautés, et sans aucun décollement; 2° une surface toujours profonde, tantôt grisâtre, tantôt d'un rouge cui-

vré ; 3° une configuration nettement circonscrite, tantôt arrondie et orbiculaire, tantôt *auriculaire*, c'est-à-dire présentant de la façon la plus régulière la forme du pavillon de l'oreille. Les ulcérations syphilitiques sont toujours indolentes.

L'ulcère scrofuleux est également sans douleur ; mais ses bords sont déchiquetés, amincis, perforés sur quelques-uns de leurs points, d'une coloration rouge vineuse, décollés dans tout leur pourtour, et souvent dans une grande étendue, en sorte que la superficie de l'ulcération est toujours plus considérable en réalité qu'elle n'en a l'air au premier abord.

Croûtes. — Les croûtes syphilitiques sont toujours épaisses, d'un brun noirâtre, ou verdâtre foncé. On les a comparées à la couleur du bronze florentin ; elles sont sèches, anguleuses, solides, dures et très-adhérentes.

Les croûtes de la scrofule ont moins d'épaisseur ; elles sont plus aplaties ; leur coloration est moins foncée, elles sont veinées de blanc et de noir, ce qui les fait paraître blanchâtres plutôt que brunes verdâtres.

Les croûtes de la dartre n'ont point de caractère uniforme et général ; elles varient suivant les espèces morbides qui les produisent. Elles sont jaunes, épaisses et humides dans l'*impétigo* (*melitagra flavescens*, disait Biett) ; elles sont sèches et noires dans l'*ecthyma*. Dans l'*eczéma*, elles sont blanchâtres, lamelleuses, sans épaisseur, au point que, pour M. Bazin, ce ne sont que des *croûtelles*.

Cicatrices. — Certaines maladies ont le privilége de se survivre en quelque sorte à elles-mêmes, et de laisser

après elles, dans les régions qu'elles ont occupées, des traces ineffaçables et révélatrices de leur passage; stigmates posthumes de leur existence éteinte, pâles et lointains reflets de ce qu'elles ont été, mais cependant empreintes à jamais fidèles de leur nature et de leur physionomie. Il en est ainsi de la scrofule et de la syphilis : lorsqu'elles ont cessé d'être, le clinicien retrouve encore leurs noms et leurs vestiges dans leurs cicatrices; à des ulcérations pathognomoniques ont succédé des cicatrices qui ne le sont pas moins, en sorte que, si la maladie elle-même a disparu, ses traces sont restées avec leur cachet propre et dénonciateur.

Les cicatrices de la scrofule se reconnaissent aux caractères suivants : 1° elles sont réticulées, plissées et traversées en divers sens par des brides; 2° elles sont adhérentes aux tissus sous-jacents, avec lesquels elles font corps et dont elles ne peuvent être séparées; 3° leur fond est inégal, on y trouve des creux, des enfoncements et des saillies formés par des cordons kéloïdiens; 4° elles sont indélébiles.

Les cicatrices de la syphilis sont indélébiles aussi, mais elles ne sont jamais adhérentes aux tissus sous-jacents, sur lesquels elles glissent, et dont on les détache facilement; elles sont blanchâtres, formées par une peau amincie et gaufrée, comme les cicatrices vaccinales; elles conservent et reproduisent exactement la forme de l'ulcération à laquelle elles ont succédé.

La dartre n'a point de cicatrices; elle ne laisse rien, après elle, que des empreintes brunâtres qui sont comme l'ombre d'elle-même; taches pigmentaires et sans durée qui pâlissent petit à petit et s'effacent progressivement pour disparaître bientôt complétement.

De cette étude comparative ressort cette vérité clinique maintenant démontrée, à savoir que si la dartre, la scrofule et la syphilis, dans leurs manifestations cutanées, ont des caractères communs, elles en ont aussi d'assez tranchés et d'assez différents pour qu'elles puissent toujours être reconnues et diagnostiquées sans jamais être prises l'une pour l'autre.

TRENTE-CINQUIÈME LEÇON

Considérations générales sur les caractères communs et différentiels des maladies de la peau.

Messieurs,

La médecine, vous le savez, est une science d'observation; mais, ne vous y trompez pas, faire de l'observation scientifique, ce n'est pas seulement collectionner des faits, ce n'est pas seulement étudier ces faits isolément, dans tous leurs détails, et acquérir ainsi, de chacun d'eux en particulier, une connaissance exacte, minutieuse et approfondie. Un observateur qui s'en tiendrait là, qui se contenterait de cette étude analytique et individuelle, ressemblerait à un architecte qui passerait sa vie à réunir des matériaux de construction, et qui ne songerait jamais à les mettre en œuvre. Oui, certes, il faut connaître les faits, c'est là le fondement de la science; mais il faut aussi savoir les grouper, les rapprocher les uns des autres dans une étude comparative, les observer dans leurs rapports réciproques, afin d'en déduire les conséquences générales et les principes qui, seuls, peuvent éclairer le vaste champ de la science.

Dès le commencement de ce cours, je vous ai fait

entrer dans cette voie féconde d'aperçus généraux et synthétiques. C'est de ces considérations élevées et générales que nous sommes partis pour descendre dans l'étude de chacune des maladies de la peau. Aujourd'hui que nous connaissons ces maladies, arrêtons-nous quelques instants, retournons quelque peu sur nos pas, rappelons-nous ce que nous avons appris, et tâchons d'en tirer des données relatives aux caractères de similitude et de dissemblance des diverses affections que nous avons étudiées.

Au point de vue des lésions anatomiques qui les constituent, les maladies de la peau, je vous l'ai dit, peuvent se diviser en deux grandes classes, suivant qu'elles sont *sèches* ou *humides*. Les maladies *à type humide* sont celles qui donnent lieu à une sécrétion séreuse, purulente ou sanieuse, dont la concrétion forme des croûtes. Les maladies *à type sec* se divisent en deux catégories. Dans la première se rangent celles où l'on ne trouve qu'une altération ou lésion cutanée, sans aucune sécrétion morbide quelconque : telles sont, par exemple, toutes les affections exanthématiques, et les affections papuleuses et tuberculeuses. Dans la deuxième catégorie se placent celles où l'on constate au contraire une sécrétion sèche, c'est-à-dire la formation de produits nouveaux exclusivement secs, tels que des squames.

En mettant de côté les exanthèmes, les papules et les tubercules syphilitiques, nous ne trouvons que trois affections cutanées qui soient, par leur nature, *sèches*, et qui restent absolument et toujours sèches. Ces trois affections sont : le *psoriasis*, la dartre sèche par excellence, le *pityriasis* et l'*icthyose*. Quelles que soient leur

durée, leur ancienneté, l'intensité de leurs manifestations, et la période de leur évolution, jamais on ne trouve dans ces affections le moindre alliage d'*humidité;* elles conservent constamment, et d'une manière exclusive et absolue, leur caractère de *sécheresse* native. C'est toujours une sécrétion épidermique plus ou moins dure, plus ou moins abondante, plus ou moins fine ou épaisse, mais sans aucun mélange humide.

Dans le *prurigo*, au contraire, que nous sommes cependant forcés de regarder comme une affection *sèche*, nous voyons presque toujours l'intervention d'un élément humide, intervention indirecte, secondaire, accidentelle, c'est vrai, puisqu'elle est produite par l'action des ongles, mais qui n'en est pas moins réelle : rappelez-vous, en effet, ce petit caillot noirâtre, résultant d'une extravasation sanguine, qui coiffe les papules prurigineuses et qui devient un de leurs cachets pathognomoniques. Ne voyons-nous pas aussi les papules acuminées du *lichen* se couronner souvent de vésicules qui donnent lieu à un suintement et à des croûtelles lamelleuses? n'est-ce pas cet appoint humide qui constitue cette forme de lichen, dénommée *lichen agrius?* Sur les tubercules de l'*acné indurata*, ne voyons-nous pas se former un point jaune de suppuration centrale? Et ce même point pustuleux, ne le trouvons-nous pas encore sur les tubercules du *sycosis?* Ainsi, vous le voyez, bien peu de maladies de la peau, à type sec, conservent toujours d'une manière constante leur caractère de sécheresse exclusive et absolue.

Quant aux maladies *à type humide*, elles restent plus habituellement fidèles à leur caractère primitif. Ainsi l'*impétigo* ne se montre jamais qu'avec ses pus-

tules jaunes, pointues et fluentes, et ses croûtes épaisses et mielleuses; l'*ecthyma*, qu'avec ses pustules blanchâtres, persistantes et isolées, et avec ses croûtes dures et noirâtres. Dans l'*herpès*, nous ne trouvons jamais rien autre chose que des vésicules aplaties, agglomérées, et ensuite des croûtes jaunes brunâtres. A l'exception de l'*acné indurata*, primitivement à type sec, et qui ne devient humide que secondairement, toutes les autres formes d'*acné* (*acné simplex*, *acné miliaire*, *acné varioliforme*, *acné fluente*, *acné punctata*, *acné sébacée concrète*) restent avec leur cachet exclusif de *maladies humides*. Il en est de même de la *varicelle* et de la *miliaire*, du *rupia* et du *pemphigus*, qui n'ont jamais d'autre caractère que la vésicule, la bulle et la pustulo-bulle.

Il faut arriver à l'*eczéma* pour y rencontrer quelquefois *un caractère sec* venant s'adjoindre et se substituer à un caractère primitif essentiellement humide. L'*eczéma*, vous le savez, est le *type de la dartre humide;* type au point de vue de sa fréquence, type au point de vue de sa gravité, de sa durée, de son importance symptomatologique, des vastes surfaces cutanées qu'il envahit et de l'excessive abondance du liquide séro-gommeux qu'il sécrète. Eh bien! l'eczéma est quelquefois absolument *sec;* il y a un eczéma *squameux*, dans lequel les squames sont exclusivement constituées par une sécrétion épidermique, absolument comme les squames du psoriasis.

Ainsi la grande division des maladies de la peau en *maladies sèches* et en *maladies humides* n'est pas toujours rigoureusement et absolument vraie, puisque quelques-unes de celles qui sont rangées dans l'une ou dans l'autre de ces deux grandes classes pré-

sentent quelquefois un caractère mixte, ou même tout à fait opposé à leur caractère originel et primitif. Conservons cependant cette division, reconnaissons ses imperfections, mais profitons de ses avantages incontestables et des précieuses données qu'elle nous fournit. C'est ainsi que nous constaterons que les *dartres sèches* et les *dartres humides* affectent habituellement un siége différent. Prenons le psoriasis et l'eczéma comme exemples.

Le *psoriasis*, la plus importante et le *type des dartres sèches*, se développe surtout, et avec une prédilection marquée, dans les régions où la peau présente le plus d'épaisseur et de sécheresse : ainsi, aux genoux, aux coudes, à la partie externe et antérieure des jambes et des cuisses, et dans toute l'étendue des régions lombaire et dorsale. Sans doute le psoriasis existe partout, et il n'est pas un endroit du tégument externe où il ne se produise; mais c'est dans les régions ci-dessus indiquées qu'il se développe le plus souvent et avec le plus d'intensité; c'est là son terrain de choix; c'est là qu'on l'observe dans tout son épanouissement; c'est là que ses squames ont le plus de brillant et le plus d'épaisseur, que ses élevures forment les reliefs les plus accusés, et que ses teintes se dessinent avec leurs colorations rouges brunâtres les mieux accentuées.

L'*eczéma*, au contraire, la plus importante et le *type des dartres humides*, recherche de préférence les régions où la peau a le plus de finesse et l'épiderme le moins d'épaisseur : ainsi, la partie interne des membres, le côté de la flexion, la partie antérieure du tronc, les endroits où la peau est en opposition et en contact avec elle-même, où elle est le plus arrosée par les sécrétions

sudorale et sébacée, la zone génitale, la partie interne et supérieure des cuisses, les creux axillaire et poplité, la région faciale. Sans doute ce qui est vrai du psoriasis est vrai aussi de l'eczéma, on le trouve partout; mais, le plus habituellement, il choisit de préférence les régions que nous venons d'indiquer; celles où on le voit le plus souvent, celles où il se développe avec le plus d'intensité, sont précisément celles qui conviennent le moins au psoriasis.

Le *prurigo* (*dartre sèche*) se manifeste le plus habituellement dans les mêmes régions que le psoriasis. C'est également à la partie postérieure du tronc, à la partie externe des membres, et partout où il trouve une peau sèche et épaisse, qu'il revêt ses caractères de *prurigo herpétique*, qu'il se généralise, que ses papules se développent davantage, et qu'elles deviennent le siége de ces démangeaisons horribles, atroces et irrésistibles qui lui ont valu les dénominations de *prurigo ferox* et de *prurigo formicans*.

Toutes les dermatoses *humides*, au contraire, ont un siége d'élection inverse : elles adoptent le même que l'eczéma. C'est ainsi que vous voyez l'*herpès* se produire le plus souvent à la face, autour de la bouche, autour du gland et à la vulve. C'est ainsi que l'*impétigo*, lui aussi, se développe surtout à la face : c'est là que vous l'avez vu vous offrir ses belles et larges plaques d'*impétigo larvalis* ou *figurata*, si épaisses, si jaunes, si rocheuses, si caractéristiques, et qu'on n'oublie jamais quand on les a bien observées. C'est ainsi encore que vous avez vu les pustules d'*ecthyma* rechercher les espaces interdigitaux, le pli du poignet et la partie interne des jambes.

Étudions maintenant les maladies de la peau relativement à leur marche et à leur durée.

Toutes celles qui tiennent à un état général de pyrexie, et dont le caractère anatomo-pathologique primitif est une congestion active et inflammatoire du derme, c'est-à-dire toutes celles qui sont *exanthématiques*, sont presque toujours annoncées par des prodromes et accompagnées d'un état général fébrile ; leur marche est aiguë ; leur durée varie entre un, deux et trois septénaires. Quand elles sont entrées dans leur période de déclin, elles s'éteignent progressivement, leurs teintes rouges se dégradent, pâlissent et s'effacent ; leurs papules, plaques ou élevures s'affaissent petit à petit et desquament souvent. Ainsi en est-il de la *rougeole*, de la *scarlatine*, de l'*érysipèle*, de l'*érythème* dans ses diverses formes, du *pityriasis rubra*, de l'*eczéma rubrum* : quelquefois leurs manifestations ne sont pas continues et affectent une véritable intermittence, comme l'*urticaire fébrile*, ou *fièvre ortiée*.

Les maladies de la peau tenant à des causes locales et directes prennent une forme aiguë ou chronique, suivant l'intensité et la durée de l'action de la cause qui les a produites. Si cette cause a été légère, bénigne, si elle n'a été qu'instantanée et passagère, la dermatose qui en sera la conséquence sera passagère aussi et sans durée ; elle disparaîtra d'elle-même et promptement. *Sublata causa, tollitur effectus*. Ainsi en est-il de l'érythème qui succède à une insolation sans gravité, de l'urticaire ou de l'herpès produits par le contact d'une plante irritante ou d'un insecte venimeux. Si au contraire la cause malfaisante a persisté pendant un temps assez long, deux cas différents pourront se produire : ou

bien les accidents locaux inflammatoires prendront un caractère de gravité plus considérable et se traduiront, non plus seulement par un simple érythème, mais par un érysipèle, par un eczéma, par des pustules d'impétigo, ou d'ecthyma, et même par des bulles de pemphigus; ou bien l'affection cutanée prendra la forme chronique et vous présentera cette altération complexe, mélange informe de lichen chronique, d'eczéma chronique et de prurigo, qui dénature la peau, l'épaissit, la dessèche, lui ôte sa souplesse, et la creuse de rhagades ou gerçures souvent très-douloureuses. A ces traits, vous reconnaissez cette dermatose si commune que l'on a désignée sous le nom vague et générique de *gale des épiciers*, et qui est le résultat de diverses professions irritantes par leur nature. Eh bien! dans ce cas encore, et malgré la chronicité et la multiplicité des lésions, tout disparaîtra promptement si vous supprimez la cause morbide, et si vous soumettez les parties malades à un traitement convenable.

Les diverses affections cutanées qui existent à titre de *complication* ou de *symptôme* d'une autre maladie de peau primitive et plus profonde, étant le résultat d'une irritation locale intra-dermique, ont toujours un cachet aigu ou inflammatoire, et elles guérissent assez promptement par un traitement exclusivement local et émollient. Rappelez-vous avec quelle rapidité disparaissent, sous l'influence des bains locaux et généraux et des cataplasmes de fécule de pommes de terre, les plaques eczémateuses, les pustules d'ecthyma et les papules de lichen qui, dans les espaces interdigitaux, aux avant-bras, aux cuisses, sur le ventre et sur l'auréole des seins, sont le symptôme ou la complication de

l'existence des vésicules de la gale sous-jacente. Rappelez-vous la prompte guérison de cet impétigo nasal, si remarquable en ce qu'il nous dissimulait un beau chancre primitif induré, implanté à l'ouverture du nez. Il en est de même encore de l'impétigo que vous verrez assez souvent recouvrir, comme d'un masque, de vieux tubercules sycosiques en suppuration.

Arrivons maintenant aux maladies de la peau de nature *herpétique* ou *dartreuse*. Elles sont graves, et par conséquent importantes à bien connaître. Leur durée est toujours longue ; elles prennent dans leur évolution deux formes différentes. Les *dartres sèches*, comme le *psoriasis* et le *prurigo*,. n'ont jamais rien d'aigu dans leurs allures ; tout en elles est chronique : pas de fièvre, pas de réaction générale, marche lente et torpide dans leur période d'invasion, immobilité indéfinie dans leur période d'état. Abandonnez à lui-même un psoriasis sans aucun traitement : il peut durer trente, quarante ans, sans incommoder le malade, sans abréger son existence. Tantôt il sera persistant, continu, immobile, sans faire aucun progrès, sans subir aucun changement dans sa manière d'être, il gardera le *statu quo* le plus absolu ; tantôt, au contraire, il s'aggravera, ses plaques squameuses s'élargiront, il prendra une forme plus grave que sa forme primitive. Il avait commencé par la forme *punctata*, ou par la forme *guttata*, et par ses envahissements toujours lents, mais progressifs ; il arrivera à la forme *diffusa*. D'autres fois, le psoriasis disparaît de lui-même, par une sorte de travail de résolution ou d'intussusception, pour reparaître plus tard et après une révolution qui s'accomplit

habituellement sans troubles généraux, à condition toutefois qu'il ne se produise pas de répercussion métastatique viscérale, toujours possible et toujours très-redoutable.

Les *dartres humides*, comme l'*eczéma*, ont aussi une durée très-longue ; mais les allures de l'eczéma diffèrent essentiellement des allures du psoriasis : le psoriasis semble étouffer la vitalité de la peau, il la dessèche, il la *pachydermise*, en la recouvrant d'une carapace écailleuse, imperméable, dure, inerte, insensible, et dont la physionomie reste toujours la même sans changement. Dans l'eczéma, au contraire, on ne trouve pas cette sorte d'extinction, cette *oppressio virium* de la vitalité de la peau, non plus que cette immobilité et cette sorte de congélation d'une membrane tégumentaire devenue en apparence inerte et momifiée. Partout, au contraire, on constate une suractivité et un travail morbides qui se révèlent par une sécrétion humide plus ou moins abondante, et qui donnent lieu quelquefois à une réaction générale. Tantôt l'eczéma se présente sous une forme franchement et exclusivement aiguë, et tantôt sous une forme mixte, à la fois aiguë et chronique. Sur les mêmes plaques, sur les mêmes surfaces où il affecte la forme la plus chronique, on voit surgir des *poussées* nouvelles, se produire des vésicules nouvelles, et sourdre une sécrétion humide nouvelle. Il y a donc là une véritable forme aiguë qui se produit incessamment par des manifestations successives, au milieu d'une évolution lente et à forme chronique ; voilà ce qui distingue l'eczéma dans sa marche la plus habituelle : c'est l'existence simultanée, sur une même surface eczémateuse, des deux formes, aiguë et chronique, entées l'une

sur l'autre, naissant l'une de l'autre, et s'engendrant ainsi réciproquement et tour à tour.

Le durée de l'eczéma, comme celle du psoriasis, est toujours très-longue et difficile à déterminer; mais tandis que le psoriasis effacé, mais non guéri par le traitement, reparaît presque fatalement, après un temps variable et impossible à préciser, l'eczéma, même le plus *herpétique*, est susceptible d'une guérison réelle, durable et définitive. Sans doute cette guérison doit être achetée par un traitement toujours long ; bien des fois on croit la tenir, quand de nouvelles poussées surgissent et montrent que l'eczéma, que l'on croyait éteint, couvait encore, comme un feu, sous la cendre. Enfin les poussées s'éloignent, elles deviennent de plus en plus légères, et il arrive un moment où elles ne se reproduisent plus ; l'eczéma est alors guéri. Quelquefois, à sa période de déclin, la sécrétion humide cesse ; elle est remplacée par des squames foliacées, lamelleuses, blanchâtres, larges, faciles à détacher, véritable sécrétion épidermique, qui donne à l'eczéma un faux air de ressemblance avec le psoriasis, et qui lui constitue une forme véritablement *sèche* et *squameuse*.

Le *psoriasis* se termine tout autrement : anatomo-pathologiquement, il est constitué par trois lésions élémentaires : squames, épaississement de la peau en forme de papules, ou plaques saillantes, et coloration rouge brunâtre spéciale. La première de ces lésions que le traitement doit attaquer, ce sont les squames. Elles sont, vous le savez, épaisses, dures, sèches, imbriquées ; elles forment plusieurs couches superposées, fortement adhérentes les unes aux autres, et fortement adhérentes aussi aux plaques dermiques sous-jacentes.

Elles sont donc puissamment organisées pour la résistance, et, en effet, elles résistent longtemps ; elles opposent aux frictions, aux topiques modificateurs, aux bains, aux douches de vapeur, une force d'inertie considérable ; c'est une muraille solide et difficile à entamer. Mais enfin la brèche se fait, et les squames disparaissent progressivement pièce par pièce et couche par couche. Restent les élevures ou plaques épaisses, qui conservent longtemps encore leurs reliefs saillants et leur coloration morbide. Sous l'influence des efforts persistants du traitement, elles finissent par céder à leur tour et par se mettre petit à petit de niveau avec les surfaces de peau saines. Lorsque enfin elles ont été nivelées, lorsqu'il n'y a plus ni squames, ni plaques saillantes, il reste la teinte rouge brunâtre spéciale, qui lutte longtemps encore contre les efforts du traitement, et qui, à son tour et à la longue, finit par s'effacer et s'éteindre. Cette teinte insidieuse, à la fois cachet du psoriasis et de la syphilis, avait été, dans la période d'invasion, la première manifestation du psoriasis ; dans la période de déclin, elle en reste la dernière, la plus persistante. Telles sont les allures comparées de l'eczéma et du psoriasis.

Il n'est pas rare de voir plusieurs dermatoses, à types différents, exister à la fois, non pas seulement sur le même malade, mais encore sur la même région. C'est ainsi que souvent, avec une observation attentive, vous pourrez, sur la même surface de la peau malade, démêler et reconnaître des papules de lichen, des pustules d'ecthyma et des plaques eczémateuses. Habituellement cette réunion, cette juxtaposition de plusieurs affections cutanées différentes sur la même

région, indiquent l'action d'une cause locale; il y a eu là une irritation directe venant du dehors, une cause professionnelle; ou bien il y a là une maladie primitive, parasitaire ou autre, plus profonde, la gale, un chancre, des tubercules sycosiques, par exemple, et le mélange de ces affections différentes existant simultanément en est le *symptôme* ou la *complication*. Retenez bien ce fait, Messieurs, car vous le verrez se reproduire à chaque instant sous vos yeux, et il est, pour le diagnostic et pour le traitement, de la plus haute importance ; je l'exprime et le résume en deux mots : *la* SIMULTANÉITÉ *et la* DIVERSITÉ *des lésions cutanées sur le même endroit sont le caractère des maladies de la peau de cause locale.*

La *dartre*, au contraire, ne se traduit le plus souvent que par *une seule manifestation cutanée, qui reste toujours la même, et toujours seule.* Ainsi, ce sera un prurigo, un lichen, un psoriasis ou un eczéma qui témoignera de l'existence actuelle du principe herpétique, mais encore une fois ce principe vicieux ne se traduira que par une seule affection cutanée ; ce sera celle qu'il avait adoptée primitivement : elle ne changera pas, et si elle disparaît pour se reproduire ultérieurement, on la verra, dans une seconde ou dans une troisième poussée, avec sa même nature et ses mêmes caractères primitifs.

La *syphilis* se comporte tout autrement ; elle aime la variété, elle revêt la diversité des formes, elle révèle son existence par des manifestations cutanées, variables suivant qu'elle est plus ou moins ancienne. Dans sa première période, ce seront d'abord des taches rubéoliques, puis des papules, puis des tubercules, avec ou

sans squames, disséminés sans ordre sur toute l'étendue du corps, qui en sera constellé.

Plus tard, dans la deuxième période, et après la disparition de cette première phase des accidents cutanés, si la syphilis n'est pas éteinte, elle se manifestera de nouveau, mais ce sera d'une autre manière et avec des traits nouveaux : les taches rubéoliques ne seront plus irrégulières, elles seront *circinées*. Les papules et les tubercules ne seront plus *éparpillés* sur tout le corps, ils seront *réunis en groupes* dans telle ou telle région. Plus tard encore, si la syphilis doit faire une autre apparition plus tardive, ce ne sera plus sous forme *de papules*, *de tubercules et de groupes*, ce sera par des altérations cutanées pustuleuses, bulleuses et ulcéreuses, c'est-à-dire par de l'ecthyma, par du rupia, par des ulcérations, fixes ou serpigineuses, à fond ouvert, ou pustulo-crustacées.

Ainsi, du côté de la *dartre*, manifestations *unes*, et toujours les mêmes. Du côté de la syphilis, au contraire, manifestations *variables et protéiques*. Retenez bien cela, Messieurs, car ce caractère de *variété* ou d'*unité fixe*, dans les accidents cutanés, vous sera de la plus haute importance pour vous éclairer sur la nature de la maladie. Ce sera quelquefois le seul caractère sur lequel vous pourrez asseoir votre diagnostic, car j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire et de vous le démontrer : la *dartre* et la *syphilis* ont souvent, dans leurs manifestations cutanées, la plus embarrassante et la plus insidieuse ressemblance.

Quelquefois il arrive que deux maladies de peau essentiellement différentes par leur nature, l'une syphilitique, l'autre dartreuse, par exemple, existent simul-

tanément et côte à côte. Tantôt les manifestations de l'une et de l'autre sont également apparentes, reconnaissables et faciles à discerner; tantôt, au contraire, les manifestations de l'une, ayant pris le dessus, masquent et dissimulent complétement les manifestations de l'autre, par l'intensité et l'exubérance de leurs développements, de telle sorte que vous ne pouvez voir et constater qu'une seule maladie, alors qu'il y en a deux en réalité, et qu'il ne vous est possible de soupçonner la seconde qu'après avoir guéri ou du moins diminué la première. Cette coexistence de deux affections cutanées de nature différente est trop souvent une cause de difficultés sérieuses pour le diagnostic. Il faut que vous en soyez prévenus, afin qu'en pareil cas vous sachiez vous tenir sur une prudente réserve.

TRENTE-SIXIÈME LEÇON

Dermatologie de la région génitale chez la femme.

Messieurs,

Plusieurs d'entre vous savent que nous avons l'habitude de consacrer la plus grande partie de notre visite du lundi à l'examen des femmes atteintes d'affections des organes génitaux. Ces affections, nombreuses et variées, sont quelquefois assez graves pour mettre en danger les jours des malades : plus souvent légères en apparence, elles amènent dans la vie de l'individu des troubles suffisants pour que l'équilibre physiologique soit rompu ; avec une bénignité insidieuse, elles ont un retentissement fâcheux sur la vie utérine, et la vie utérine, vous le savez, c'est la femme tout entière.

Ce seul aperçu vous laisse entrevoir l'importance des affections de l'appareil génital, que vous les considériez en elles-mêmes, ou dans leurs rapports avec les autres manifestations morbides. Leur influence se montrera dans les cas pathologiques les plus divers et amènera, dans la marche ordinaire d'une maladie, des modifications souvent bizarres : fréquemment encore, vous verrez les affections de l'appareil génital avoir, sur

le moral de la femme, des effets désastreux et amener la *lypémanie*, *l'hypocondrie*, *l'hystérie* avec toutes leurs conséquences; la santé de la femme est subordonnée, pour ainsi dire, à l'état sain ou morbide de ses organes génitaux. Un utérus malade, c'est un rouage essentiel qui vient à faire défaut dans une machine compliquée, c'est une porte largement ouverte aux maladies du corps et de l'esprit. Songez à une malheureuse atteinte seulement d'une affection qui, au premier abord, paraît un léger accident local, à une femme atteinte d'un prurit vulvaire. C'est chez elle un besoin impérieux, irrésistible de se gratter. La volonté est impuissante à maîtriser ces grattages, qui se font avec une véritable rage. Plus de repos dans une semblable affection, plus de tranquillité, plus de relations possibles. Cette femme restera isolée, éloignée de toute société, de toute distraction, en un mot, de tout ce qui constitue le charme de l'existence; ce sera une véritable séquestration. Et vous ne trouverez pas extraordinaire alors que l'hypocondrie, les affections tristes, viennent régner en maîtresses souveraines sur le moral de ces malades, et amènent parfois chez elles la pensée du suicide.

Vous le voyez, Messieurs, les affections des organes génitaux jouent dans la pathologie de la femme un rôle prépondérant, et justifient bien ces deux aphorismes des anciens :

Tota mulier est in utero.
Propter uterum, mulier est id quod est.

J'espère consacrer, plus tard, une série de leçons à l'étude de ces maladies si importantes qui dominent toute la pathologie de la femme. Pour aujourd'hui, je

veux seulement en détacher une page. Elle aura trait aux affections tégumentaires des organes génitaux, et nous l'intitulerons, si vous voulez : *Dermatologie de la région génitale de la femme.*

Un mot d'abord sur cette région. Au point de vue descriptif, elle nous offre la forme d'un triangle qu'on pourrait appeler triangle génital. Situé à la partie antérieure et inférieure du tronc, il a pour base une ligne qui réunirait les deux apophyses iliaques antérieures et inférieures, pour côtés deux autres lignes qui, partant des épines iliaques antéro-inférieures, iraient se rejoindre au niveau de l'anus. C'est donc un triangle isocèle dans l'aire duquel nous rencontrons, superficiellement et sur la ligne médiane, le *pénil* ou *mont de Vénus*, la *vulve* et le *périnée ;* de chaque côté, les *plis inguinaux* et *génito-cruraux*, la face *interne et supérieure des cuisses.* La *peau* se continue avec la *muqueuse* sans ligne de démarcation bien nette, par une transition insensible. Analogues quant à leur structure, la peau et la muqueuse nous offriront des lésions pathologiques à peu près identiques. Aussi, dans la description que nous allons faire, emploierons-nous indistinctement les mots *peau* et *muqueuse.*

La *peau* de la région génitale est mince, fine, délicate, pourvue d'un épiderme pelliculaire, d'un très-grand nombre de vaisseaux artériels veineux et lymphatiques, d'une quantité innombrable de follicules sébacés, pilifères, de glandes sudoripares et de conduits sudorifères; elle possède encore un réseau nerveux qui entrelace dans ses mailles multipliées les plus petits reliefs, les moindres enfoncements du tégument externe. Ce tégument, vous le voyez, possède toutes les richesses; il

est riche encore en matières pigmentaires, et, chez nombre de femmes, vous trouverez, sur les grandes lèvres et la partie supérieure et interne des cuisses, une coloration bronzée qui n'a rien de pathologique. Cette richesse générale des tissus a parfois ses inconvénients : la richesse vasculaire et la richesse nerveuse seront toujours gênantes quand vous aurez à pratiquer des opérations sur la vulve, et la douleur qui accompagne la plupart des affections de l'organe est en raison directe du nombre de filets nerveux qui s'y distribuent. Les vaisseaux lymphatiques forment un réseau vaste et serré, toujours prêt à s'ouvrir à l'absorption, et qui s'y ouvre, hélas ! trop souvent, quand un hasard malheureux met en sa présence le virus syphilitique, qui, avec une apparence bénigne, ne tarde pas à exercer ses ravages sur l'économie entière.

Les glandes sudoripares et sébacées, que nous avons dit être si nombreuses, viennent déverser sur la peau le produit de leur sécrétion. Par la vulve s'écoule ce liquide complexe qu'on pourrait appeler *salive vaginale*, auquel vient s'ajouter encore le mucus utérin et, de temps en temps, le sang des menstrues. La vulve, enfin, chez les femmes peu soigneuses de leur personne, reste, après chaque miction, baignée d'urine ; heureux encore quand, à tout cela, on ne voit point s'adjoindre d'écoulement leucorrhéique ou blennorrhagique. Ces conditions spéciales de chaleur et d'humidité serviront au développement rapide d'un grand nombre de lésions qui trouveront là un *hortus irriguus*, un *terrain plantureux* et *propice* pour s'épanouir dans une végétation luxuriante et sous les formes les plus diverses. Ajoutons que, dans cette région, toutes les parties sont toujours en

opposition et en contact avec elles-mêmes, et qu'elles sont le siége, non pas seulement de frottements continuels pendant la marche, mais encore de toutes les excitations et de toutes les congestions auxquelles donne lieu le sens génésique.

A cause de ces conditions mêmes, vous trouverez rarement, à la région génitale, les *affections à type sec*, le *psoriasis* et le *pityriasis*. Disons toutefois, en passant, que M. Bazin a décrit, sous le nom de *psoriasis scarlatiniforme*, une variété de psoriasis qui peut siéger au niveau du pénil.

Les affections vésiculeuses ne s'y montrent guère à l'état vésiculeux. L'épiderme est pelliculaire; à peine soulevé, il se déchire en laissant une petite surface exulcérée. Vous aurez souvent l'occasion d'observer ce fait dans l'*herpès*, et l'ulcération consécutive pourra, dans certains cas, vous tromper, en vous faisant croire à l'existence d'un chancre. Plus fréquemment, nous trouverons du *lichen*, mais un lichen modifié par son siége, un lichen à forme humide, enflammé et suintant, une sorte d'eczéma lichénoïde. — L'*eczéma* peut se montrer aux parties génitales, comme manifestation de la diathèse dartreuse. Que ce soit l'eczéma rubrum, l'eczéma fluent, ou l'eczéma chronique, il s'accompagne de cuissons, de démangeaisons fort vives, parfois atroces dans la forme chronique.

L'*acné* se rencontre parfois dans le triangle génital et peut se montrer sous deux formes bien distinctes: l'*acné* ordinaire, un peu modifiée par son siége, et cette forme caractéristique que son ombilication centrale a fait désigner sous le nom d'*acné varioliforme*: c'est le *molluscum contagiosum* des anciens.

Les follicules si nombreux de la région peuvent s'enflammer isolément et donner lieu à des ulcérations profondes, extrêmement douloureuses, véritables aphthes de la vulve; comme pour les aphthes de la bouche, cette vive douleur cède rapidement à quelques cautérisations au nitrate d'argent.

La *scrofule*, lorsqu'elle s'attaque à la peau, a pour siége d'élection la face. Bien qu'il existe, à plus d'un point de vue, des analogies incontestables entre la peau de la face et celle du triangle génital, il est assez rare de voir la scrofule atteindre cette dernière région. C'est mon ancien maître, M. Huguier, qui, à l'hôpital de Lourcine, a, le premier, étudié d'une façon complète les manifestations scrofuleuses ayant leur siége à la vulve. L'*esthiomène de la vulve*, quelle que soit sa forme, est fort rare, et il ne m'a été donné d'en voir que deux ou trois cas dans ma pratique dermatologique.

Les *exanthèmes* sont plus fréquents, surtout l'*érythème intertrigineux*, dû au frottement réciproque de deux surfaces cutanées, et à l'arrosement continuel des parties par les liquides que je vous signalais tout à l'heure.

L'*érysipèle* est généralement consécutif à un traumatisme ou à l'accouchement.

L'*herpès* se rencontre assez fréquemment à la vulve; il repose sur des plaques érythémateuses, et se trouve modifié par son siége, par la nature des tissus sur lesquels il se développe. Sur le reste des téguments, il présente, dans sa marche, quatre phases assez distinctes : *érythème*, *vésicule*, *croûtes*, *ulcérations*. A la vulve, où l'épiderme est extrêment mince et les surfaces généralement en contact, la *vésicule* ne fait que paraître et

disparaître, la *croûte* ne peut se former, et l'affection passe presque sans transition de la première période à la quatrième, de l'*érythème* à l'*ulcération*. Ces ulcérations sont extrêmement intéressantes, et d'un diagnostic parfois fort obscur ; nous les étudierons, dans quelques instants, d'une façon toute spéciale.

C'est dans le triangle génital que la syphilis trouve ordinairement sa porte d'entrée, c'est là que nous verrons les plaques muqueuses s'épanouir dans toute leur beauté.

Le premier accident de la syphilis, le chancre, n'est point toujours facile à apercevoir ; il se dissimule sous les plis des grandes et des petites lèvres ; ou bien il est comme perdu dans les anfractuosités des caroncules. Cependant vous nous verrez parfois affirmer la présence d'un chancre *à la seule inspection des parties génitales*, et même quand un examen attentif ne nous a point fait découvrir d'ulcération. C'est qu'alors nous avons un signe qu'on pourrait presque appeler pathognomonique, signe d'une importance capitale et que vous devez connaître tous. Je veux vous parler de l'*œdème des grandes lèvres*, œdème qui peut persister, même après la cicatrisation du chancre.

Le *chancre* n'affecte point une forme unique, toujours semblable à elle-même. Il est constitué par une ulcération arrondie, dont le fond est lisse, les bords taillés à pic. Tantôt il repose sur une surface enflammée, représentant un empâtement analogue à celui que l'on rencontre à la base des furoncles, et qui va se perdant peu à peu, à mesure qu'on s'éloigne du point enflammé. Le plus souvent même, dans cette forme, la base de l'ulcère se confond avec les tissus environnants : il n'y a point de dureté, point de noyau, point

de résistance. Tantôt, au contraire, il est circonscrit par un anneau dont l'aspect blanchâtre tranche sur la couleur cuivrée du reste de l'ulcère. Ce bord annulaire, le fond sur lequel repose le chancre, ont une consistance qui rappelle tantôt celle du cartilage, tantôt celle d'une épaisse feuille de parchemin. L'induration de la base et des bords sépare nettement le chancre des tissus voisins ; aussi a-t-on pu le comparer, avec assez de justesse, *à un demi-pois* qui serait enchâssé au-dessous de l'ulcération. Quelquefois le chancre est aussi nettement enchâssé chez la femme que chez l'homme ; mais le plus souvent, comme vous pourrez vous en convaincre, il y a chez la femme des bords dont la consistance ne suffit pas pour établir un diagnostic certain ; l'induration est assez rare pour que, dans un service comme celui de Lourcine, on ne la constate qu'une trentaine de fois par an.

Dans l'ulcération chancreuse des organes génitaux, sachez que l'induration, chez la femme, est plutôt l'exception que la règle, et que *les chancres sans la moindre induration* pourront vous donner, plus tard, des *accidents constitutionnels*. Basez votre diagnostic sur l'apparence de l'ulcère, sur la forme de ses bords ; basez-le surtout sur les ganglions lymphatiques inguinaux, volumineux, et généralement douloureux, dans la lésion purement locale, qui a été décrite sous le nom de chancre mou ; vous les trouverez au début de la vérole, tuméfiés, indolores et d'une consistance chondroïde. Si le chancre siége à la vulve, le doigt peut souvent sentir, au milieu du panicule graisseux qui double le mont de Vénus, des cordons indurés, multiples, première manifestation de l'infection syphilitique.

Si les éléments d'un diagnostic certain vous font défaut, ne vous prononcez jamais, ajournez vos malades ; faites un nouvel examen, quelques jours plus tard, et songez avec quelle rapidité le chancre infectant de la femme se transforme en plaques muqueuses ; et ces plaques, même à la première période, vous les reconnaîtrez facilement aux caractères que je vous indiquerai tout à l'heure.

Au n° 47 de la salle Henri IV est une jeune femme enceinte de quatre mois ; elle nous est arrivée malade seulement depuis quelques jours, et portant à la vulve plusieurs petites ulcérations mal caractérisées. Je diagnostiquai une syphilis constitutionnelle, et j'eus raison contre mon interne, qui voulait en faire des ulcérations consécutives à une éruption d'herpès. La marche de la maladie m'a donné pleinement raison, et aujourd'hui il n'y a plus pour personne l'ombre d'un doute. L'*herpès* se développe bien plus rapidement à la région génitale que sur le reste du corps. Comme je vous l'ai déjà dit, il y passe de l'état érythémateux à l'état ulcéreux, et il faut une véritable bonne fortune pour le rencontrer à la période vésiculeuse. Chez la femme dont je vous parle, nous avions des ulcérations multiples, superficielles ; point d'induration, point de ces bords taillés à l'emporte-pièce qui peuvent caractériser un chancre ; rien, en un mot, qui, au premier abord, pût nous faire penser à la syphilis. Ajoutez que cette femme était enceinte ; vous savez tous combien grande est l'influence de la grossesse sur les affections, quelles qu'elles soient, des organes génitaux ; combien, par la congestion qu'elle amène et par la gêne de la circulation en retour, elle peut perpétuer les manifestations les

plus bénignes. Mais nous trouvions les ganglions inguinaux tuméfiés, indolents ; nous avions, en un mot, la pléiade ganglionnaire. Ce signe seul me fit pencher vers le diagnostic syphilis ; et, aujourd'hui, à la place des ulcérations, vous trouverez des plaques muqueuses de la plus belle venue. D'une façon générale, on peut dire des ulcérations consécutives à l'herpès qu'elles sont superficielles, à bords taillés en biseau, que des soins de propreté les font rapidement disparaître, dans un espace de temps qui varie de trois à huit jours, tandis que le chancre, outre ses caractères physiques, a une durée qui varie de trois à six semaines.

Vous comprenez combien l'erreur de diagnostic est facile, d'autant plus que bon nombre de médecins, peu exercés à l'examen des maladies de la peau, ont cette malheureuse tendance de regarder comme syphilitiques toutes les ulcérations des organes génitaux. Aussi, Messieurs, je ne puis trop vous le répéter, ne vous prononcez qu'à coup sûr dans le cas d'affection ulcéreuse des organes génitaux ; car les gens du monde sont impitoyables pour ces erreurs de diagnostic. Une femme, quelle que soit sa moralité, n'excusera jamais un médecin d'avoir pris pour un chancre ce qui n'était qu'une excoriation pure et simple ; une réputation médicale se trouve toujours plus ou moins ternie par des erreurs de ce genre.

Examinez sérieusement avant de vous prononcer, et ne vous prononcez qu'à coup sûr.

A la vulve, vous trouverez fréquemment des *plaques muqueuses;* leur développement est, chez la femme, l'un des signes les plus précoces de l'infection syphilitique. Si elles siégent *sur le pénil ou à la partie supé-*

rieure des cuisses, elles présenteront quelquefois, comme caractères, une *dépression centrale*, une *saillie périphérique;* ce sont, dans ce cas, les plaques syphilitiques de la peau. Sur la muqueuse des petites et des grandes lèvres, elles sont essentiellement différentes des plaques de la peau. D'une couleur opaline, elles forment un léger relief, présentent à leur base une induration que l'on peut prendre parfois pour une induration chancreuse, et sécrètent un liquide séro-muqueux d'une odeur nauséeuse des plus caractéristiques. Abandonnée à elle-même, la plaque muqueuse passe de l'état papuleux à l'état tuberculeux ; les tubercules, isolés au début, peuvent se réunir et former des plaques saillantes d'une certaine étendue, labourées par des sillons profonds. Parfois encore ces plaques s'hypertrophient, végètent, s'ulcèrent, donnent lieu à un suintement ichoreux et à de très-vives douleurs. Disons de suite, pour n'y plus revenir, que de tous les accidents syphilitiques, les plaques muqueuses sont ceux qui disparaissent le plus rapidement, sous l'influence d'un traitement même simplement local, comme quelques cautérisations au nitrate d'argent.

Les *végétations* sont des productions qui résultent de l'hypertrophie partielle du derme. Pour beaucoup de médecins, les végétations sont un *accident syphilitique*. Nous venons de dire qu'elles peuvent se montrer comme terminaisons de certaines plaques muqueuses ; mais nous sommes loin de conclure que toutes les végétations ont une origine syphilitique. Le plus souvent même, elles reconnaissent une cause locale et *restent des manifestations purement locales*. Elles prennent ordinairement naissance sous l'influence de l'action irri-

tante des produits d'une sécrétion modifiée dans sa quantité et surtout dans sa qualité. On ne sera pas étonné de la fréquence de leur développement chez la femme, si l'on examine avec quelque soin les conditions dans lesquelles elles apparaissent. A l'état normal, l'utérus, le vagin, la vulve, sont le siége d'une sécrétion assez abondante. Supposez ces parties enflammées, même d'une façon très-bénigne, et immédiatement vous voyez une hypersécrétion considérable. Le mucus ou le pus viennent baigner la vulve, séjourner sur la fourchette; l'épiderme macère dans ces liquides, surtout chez les femmes qui ne pèchent point par excès de propreté; le derme mis à nu s'enflamme, s'hypertrophie, et les végétations apparaissent.

Les *végétations* peuvent encore reconnaître une autre cause, les titillations répétées, les frottements souvent renouvelés sur la région de la vulve. Elles ont alors un siége d'élection, le *capuchon du clitoris*. Sur le *méat urinaire*, nous rencontrons parfois une lésion qui présente beaucoup d'analogie avec les végétations. Cette lésion a été décrite sous le nom de *polype de l'urèthre*. C'est une petite saillie d'un rouge vif, qui proémine entre les lèvres du méat, et qui, à cause même de sa couleur, attire promptement l'attention. Elle est constituée par une sorte d'hypertrophie de la muqueuse uréthrale, et cette hypertrophie survient généralement, comme la végétation du capuchon clitoridien, sous l'influence d'excitations portées directement sur l'organe, et surtout sous l'influence de l'onanisme.

Pendant la grossesse, la congestion sanguine qui se produit dans les organes génitaux, et la gêne apportée à la circulation en retour, nous expliquent suffisamment

la fréquence des *végétations*. Dans ces conditions, il est fort difficile, vous le comprenez bien, de les faire disparaître. On peut les enlever, mais, la cause première subsistant toujours, vous les voyez repousser avec une rapidité incroyable. Ce que je vous dis des végétations, on peut l'appliquer à toutes les affections de la vulve chez une femme enceinte; comme les végétations, les plaques muqueuses et le prurit vulvaire persistent avec une opiniâtreté désespérante.

Le CANCER *squirrheux* ou *encéphaloïde* se rencontre rarement à la vulve; il se développe ordinairement sur le col de l'utérus, et ce n'est que dans le cas de dégénérescence progressive des parois du vagin qu'on le voit arriver au dehors. Une autre forme de cancer, bien que très-rare, s'y développe parfois, je veux parler du CANCROÏDE, de cette forme particulière qui, sur les bourses de l'homme, a été décrite sous le nom de *cancer des ramoneurs*. Il y a quelques années, j'eus dans ma clientèle une jeune dame que je soignai de concert avec MM. Nélaton et Péan, pour un cancroïde de la vulve. On amputa la lèvre malade; mais il y eut récidive, au bout de peu de temps. Le mal avait envahi la cloison recto-vaginale que nous fûmes obligés d'enlever en partie. Bien moins grave que le cancer proprement dit, cette forme, vous le voyez, peut amener sinon la mort, du moins les plus sérieuses infirmités.

Je vous ai fait, en commençant, le tableau du prurit vulvaire. Les grattages incessants peuvent produire une irritation suffisante pour déterminer une fausse couche chez la femme enceinte, des accidents de métrorrhagie chez les autres femmes; heureux encore quand on ne voit point les malades contracter des ha-

bitudes honteuses qu'elles conservent, même après la guérison du prurit.

D'une façon générale, quel sera le traitement des affections de la vulve? Si elles sont l'expression d'un état général, ayez d'abord recours au traitement général.

Dans le cas d'inflammation aiguë, faites des applications émollientes, et surtout ayez soin que les parties malades ne se trouvent pas en contact. Le prurit vulvaire demande un traitement spécial. Déterminez une *irritation substitutive*, à l'aide de lotions faites avec une solution de sublimé; ou amenez des *modifications d'innervation* par des douches d'eau froide.

Je vous disais tout à l'heure que les téguments de la vulve offrent, à beaucoup de points de vue, des analogies frappantes avec les téguments de la face. La vulve, en effet, a, comme la face, sa *physionomie*, son *facies* et son *expression symptomatique*, dont vous devez toujours tenir compte. Si nous écartons les grandes lèvres, à la façon de deux valves, le seul aspect de la vulve pourra être pour nous du plus grand enseignement. Une vulve saine nous montrera une muqueuse rose pâle, ou légèrement bronzée chez certaines femmes, d'un aspect chagriné caractéristique. Est-elle enflammée? immédiatement vous voyez, avec la rougeur, l'hypersécrétion des nombreux follicules glandulaires, et un muco-pus abondant, résultat de cette hypersécrétion. Une muqueuse simplement décolorée sera un signe d'anémie ou d'hydrohémie. Au contraire, la teinte jaune paille, l'effacement des saillies glandulaires, l'aspect lisse, qui rappelle celui de la langue dans les affections graves du tube digestif, devront toujours vous faire

penser à une affection utérine sérieuse. Une vulve cyanosée nous indiquera toujours la présence d'une tumeur dans la cavité pelvienne, que cette tumeur soit pathologique ou qu'elle tienne au développement régulier de l'utérus pendant la grossesse. Tenez donc grand compte de ce signe, car vous savez combien la grossesse, à son début, est difficile à reconnaître.

Il faut savoir encore qu'une vulve parfaitement saine peut masquer parfois un état maladif des parties profondes. Placée superficiellement et plus accessible aux soins de propreté, la vulve guérira rapidement, mais laissera derrière elle les produits impurs d'une sécrétion morbide; et ces produits se transmettront d'autant plus facilement que l'aspect extérieur de la vulve aura fait disparaître toute crainte de contamination.

Messieurs, lorsqu'on parcourt les rues de Pompéï, cette ville unique au monde et que l'on veut toujours revoir, surprise, il y a bientôt deux mille ans, au milieu de son activité et de ses plaisirs, et ensevelie tout entière sous une pluie de cendres pour se réveiller dix-huit siècles plus tard au soleil de la civilisation moderne, on voit, au-dessus de la porte d'une maison, l'inscription suivante :

HIC HABITAT FELICITAS. (C'est ici qu'habite le bonheur.)

Cette maison est une de celles que la pudeur ne nomme pas, et devant lesquelles elle passe, en détournant la tête et en baissant les yeux.

Un peu plus loin, à l'entrée d'une autre maison, on lit cette autre inscription, empreinte de la plus charitable prévenance :

CAVE CANEM ! (Prenez garde au chien !)

Messieurs, en traitant le sujet qui vient de nous occuper, ces deux inscriptions me sont revenues à la mémoire. Je vous ai montré, je vous ai décrit la région génitale de la femme : c'est la source où s'alimente le plaisir, c'est la coupe où se désaltèrent les voluptés humaines :

HIC HABITAT FELICITAS.

Mais cette source, aux rives trop séduisantes, ne donne pas toujours une onde bien pure; cette coupe aux bords enchantés recèle souvent dans ses profondeurs un breuvage perfide et délétère. Prenez garde, soyez sages et prudents; abstenez-vous, ou n'approchez qu'avec réserve :

CAVE CANEM !

TRENTE-SEPTIÈME LEÇON

De l'influence des maladies de la peau sur la santé générale.

Vous comprenez, Messieurs, la nécessité d'étudier et de connaître les maladies de la peau. Elles sont excessivement fréquentes ; on les rencontre à chaque pas ; tous les âges, tous les sexes, toutes les conditions sociales en sont également atteints. Ces maladies sont importantes, non-seulement par leur fréquence, mais encore par leur gravité, leur durée, la ténacité avec laquelle elles résistent aux traitements les plus savamment conduits ; elles sont graves encore par les altérations, par les difformités qu'elles entraînent et qui, souvent, mettent les malades dans la dure nécessité de quitter leurs travaux, leurs occupations, pour vivre loin de tous les yeux, dans une triste et complète séquestration. Heureux quand ces infortunés ont le courage et la patience de supporter leurs longues épreuves, sans y mettre fin, comme nous en avons trop d'exemples, par une mort volontaire ! Vous voyez donc à quel point la connaissance de ces maladies est indispensable. Après avoir étudié isolément les principales et les plus importantes de ces maladies, essayons maintenant, pour

éclairer notre route, de saisir, par des considérations générales, les liens qui les rattachent les unes aux autres, d'une part, et qui, d'autre part, les rattachent à tout le reste de la pathologie. La question que je veux examiner avec vous aujourd'hui est celle-ci : *De l'influence des maladies de la peau sur la santé générale.*

Qu'est-ce que la santé, sinon le libre exercice et l'accord parfait de toutes les fonctions physiologiques? Eh bien! ce libre exercice et cet accord sont-ils troublés par les maladies de la peau? voilà le sujet que nous allons discuter.

Pour élucider cette grande question de la pathologie générale des affections cutanées, il faut diviser ces maladies en plusieurs catégories. Dans la première, je placerai les fièvres éruptives, qu'on pourrait aussi bien appeler éruptions fébriles, et qu'on n'a pas coutume, comme vous le savez, de classer dans les maladies de la peau, où cependant leur place me paraît parfaitement indiquée.

Dans ce premier groupe, *variole*, *varioloïde*, *scarlatine*, *rougeole*, nous trouvons des troubles généraux intenses, une violente secousse de l'économie, accompagnant, non-seulement l'éruption, mais encore la précédant et constituant ainsi les prodromes de l'affection ; dans les prodromes, nous constatons presque toujours des signes pathognomoniques assez importants pour établir le diagnostic à l'avance; ce sont : le coryza, le larmoiement, la bronchite pour la rougeole; l'angine pour la scarlatine; la rachialgie pour la variole. De plus, quand ces maladies ont cessé, elles se survivent encore à elles-mêmes par certains symptômes qui suffiraient encore à les pathognomoniser; ce sont : l'expectoration

nummulaire et la bronchite grave et persistante, engendrant souvent la tuberculose pour la rougeole ; les troubles importants de la circulation, l'anasarque et l'état albumineux des urines pour la scarlatine. Ainsi, dans cette première catégorie, troubles généraux constants et se représentant toujours avec des caractères si tranchés et si spéciaux que, même en l'absence de toute éruption, ils suffiraient encore à caractériser et à dénommer telle ou telle fièvre éruptive. Vous savez, en effet, qu'on a décrit des rougeoles sans éruption : *Morbilli sine morbillis.*

Dans une seconde catégorie, nous placerons des affections qui sont encore accompagnées de troubles généraux ; mais ces troubles généraux n'ont plus de caractère pathognomonique pouvant suffire à établir le diagnostic. Tel est l'*érysipèle*, qui est constamment précédé et accompagné d'accidents fébriles revêtant, tantôt la forme phlegmasique ou franchement inflammatoire, tantôt, au contraire, la forme bilieuse, analogue à ce qu'on a décrit sous le nom d'embarras gastrique fébrile. Après l'érysipèle viendra l'*érythème ;* celui-ci, quand il est de cause directe, externe, comme l'érythème intertrigineux, ou quand il est produit par l'attouchement ou par la morsure d'un insecte, reste une affection essentiellement locale et n'éveille aucun trouble général ; mais il n'en est pas de même de l'érythème vernal ou saisonnier, de l'érythème circiné ou papuleux, tenant à des causes gastriques, et surtout de l'érythème noueux qui, soit qu'on le considère comme étant une manifestation du principe rhumatismal, ou qu'on lui refuse cette signification morbide, n'en retentit pas moins toujours en troubles très-prononcés sur la santé générale. Tels

sont encore l'*eczéma rubrum*, le *pityriasis rubra* et *circinata*, la *miliaire rouge* (*miliaria rubra*) la *fièvre ortiée*, le *zona*, la *fièvre pemphigoïde*, etc., toutes affections pseudo-exanthématiques, exerçant toujours sur l'ensemble de l'économie une perturbation qui se traduit par de la fièvre, de l'inappétence, et par tous les désordres qui accompagnent et constituent ordinairement un état fébrile. Ainsi toutes les affections cutanées que nous avons rangées dans ce groupe se présentent toujours avec un cortége d'accidents généraux, mais n'ayant plus rien dans leur caractère qui soit pathognomonique, comme nous l'avons constaté pour les maladies de notre premier groupe.

Arrivons maintenant à une troisième catégorie, le groupe des *syphilides*. La peau est le terrain sur lequel la syphilis aime surtout à se montrer. Or les syphilides ont ce fâcheux privilége de ne donner lieu ni au prurit ni à la douleur. Je dis fâcheux, parce que cette absence de douleur fait que les gens peu soigneux de leur personne laissent souvent passer inaperçus les phénomènes qu'elles présentent, et c'est ce qui fait que nous voyons beaucoup de malades en être arrivés à des accidents syphilitiques ulcéreux ou tertiaires très-graves, tout en soutenant qu'ils n'ont jamais eu la syphilis. Eh bien! ces affections excitent-elles des troubles généraux chez les malades qui en sont atteints? A cette question on peut répondre oui et non. En effet, un malade atteint d'un chancre primitif, presque toujours indolent, n'éprouve dans le principe aucune modification dans son état général; mais, du quinzième au dix-huitième jour, au moment où le chancre s'indure, ce qui est le cachet même et comme le premier acte de la syphilis

constitutionnelle, on observe souvent de l'anorexie, du malaise, des troubles de la santé plus ou moins marqués; après quelques jours, le malade reprend quelquefois son état normal; mais quelques semaines plus tard surviendra de nouveau de la fièvre, précédant et accompagnant une éruption roséolique ou papuleuse généralisée : c'est la *fièvre syphilitique*. Mais ce n'est pas tout : à cette même époque des manifestations cutanées de la syphilis, nous trouverons assez fréquemment d'autres troubles généraux; ce sont des névralgies qui ont pour caractère d'être intermittentes, mais dont les accès, extrêmement douloureux, se produisent le soir et dans la première partie de la nuit, des myosalgies, des arthralgies, et souvent même ces accidents sont assez intenses pour amener progressivement une véritable cachexie. Il est évident que la plupart du temps ces troubles sont la conséquence de l'infection syphilitique même; mais comme ils surviennent précisément à l'époque des manifestations cutanées, ne peuvent-ils pas logiquement être considérés comme étant en partie sous la dépendance de ces manifestations mêmes? Ainsi, vous le voyez, les syphilides peuvent, elles aussi, dans bien des cas, être regardées comme étant, pour la santé générale, le principe de troubles tantôt légers, tantôt très-sérieux.

Le groupe que nous avons à étudier à présent est constitué par les scrofulides. De même que la syphilis, la scrofule prend la peau pour son siége de prédilection. Mais là nous n'observons plus de troubles généraux. Tout ce qui appartient à la scrofule est essentiellement lent, chronique, torpide et sans réaction générale. Vous voyez fréquemment les accidents scrofuleux les plus

épouvantables, les destructions organiques les plus profondes et les plus larges en surface s'accomplir sans que la santé générale des malades paraisse en souffrir. Aussi peuvent-ils continuer leurs travaux et vivre de la vie commune, malgré les lésions et les difformités les plus repoussantes.

Abordons maintenant un autre groupe, celui des *herpétides*, c'est-à-dire des affections cutanées existant sous l'influence du vice dartreux ou herpétique. Pour mieux comprendre les troubles généraux dont les herpétides peuvent être la cause, établissons d'abord brièvement leurs principaux caractères. Les herpétides occupent habituellement sur la peau un espace considérable; leur disposition est symétrique, c'est-à-dire ayant la même forme sur les deux côtés du corps ou sur les membres correspondants ; elles sont essentiellement chroniques dans leur développement, longues dans leur durée; elles altèrent profondément la peau et modifient sa structure de la manière la plus grave: tantôt elles la dénaturent en l'amincissant, comme le fait l'eczéma, tantôt en l'épaississant, comme le psoriasis, le prurigo et le lichen. Or, croyez-vous que les fonctions physiologiques de la peau, si importantes, si indispensables à la santé, ne doivent pas être entravées, quelquefois même rendues impossibles, par les modifications si graves qu'elle subit de la part du *psoriasis inveterata*, qui la transforme en une véritable carapace, épaisse, sèche, écailleuse, ou de la part du lichen chronique, qui l'épaissit, l'indure et la rend semblable aux téguments secs et arides des Pachydermes?

Un deuxième caractère des herpétides consiste dans le prurit qu'elles occasionnent. Or ce prurit, comme

dans le prurigo formicans généralisé, est quelquefois si intense qu'il détermine chez les malades de véritables accès de frénésie. Ces malheureux passent souvent des nuits entières à se gratter avec rage, et de là résultent pour eux des insomnies qui se prolongent souvent pendant des mois entiers, une surexcitation nerveuse qui, jointe à la perte de l'appétit, entraîne leur amaigrissement, et leur donne quelquefois une véritable fièvre hectique. Ce prurit, siégeant aux organes génitaux, engendre et entretient quelquefois chez les deux sexes les plus pernicieuses habitudes d'onanisme. D'autre part, croyez-vous que l'action des ongles soit toujours inoffensive, et qu'elle ne puisse pas amener de sérieux accidents d'inflammation du derme et même des lymphangites dont vous connaissez tous les dangers?

Un autre caractère des herpétides est de produire des sécrétions, tantôt sèches, tantôt humides. Quand les sécrétions sèches sont peu abondantes, elles ont peu d'importance; mais, dans le cas contraire, elles peuvent amener l'épuisement, comme on le voit chez certains malades atteints de *psoriasis diffusa*, de *pemphigus foliacé*, et surtout d'*herpétide maligne exfoliatrice*. Si la sécrétion est humide, comme dans l'*eczéma fluent généralisé*, vous la verrez souvent d'une excessive abondance, durer pendant des semaines et quelquefois des mois entiers, et amener ainsi les malades à l'épuisement.

Je dois vous signaler encore un caractère propre aux herpétides, c'est le danger relatif aux rétrocessions. Ces maladies procèdent par poussées; elles sont soumises dans leur développement à un véritable mouvement de va-et-vient, à une sorte de flux et de reflux. Or, supposez qu'une de ces sécrétions abondantes, qui consti-

tuent un véritable catarrhe de la peau, vienne à se supprimer sous une influence quelconque, vous pourrez avoir, par cela même, un retentissement immédiat sur les organes internes, et surtout sur les organes respiratoires. Il y a quelque temps, un malade de mes salles, atteint d'un *eczéma fluent* du dos, fut soumis à l'action du froid ; le catarrhe de la peau fut supprimé et le malade fut pris d'une bronchite capillaire généralisée, véritable catarrhe suffocant, qui résista à tout ce que nous avons pu faire pour le combattre, et dont le malade mourut en quelques jours. Voilà, Messieurs, un aperçu, bien incomplet assurément, des dangers que peuvent faire courir les herpétides aux malades qui en sont atteints.

Il me reste à dire encore quelques mots de deux catégories d'affections de la peau. Premièrement, les affections *parasitaires*. Vous comprenez très-bien que ces affections, qu'elles soient engendrées par un parasite végétal ou animal, si elles étaient abandonnées à elles-mêmes, ou méconnues dans leur nature, et par conséquent soumises à un traitement inefficace, ne tarderaient pas à être compliquées d'accidents cutanés multiples, qui bientôt, à leur tour, deviendraient le point de départ d'accidents généraux analogues à ceux dont nous avons déjà parlé. Mais depuis les beaux travaux de MM. Bazin, Hardy et Piogey, il n'est plus permis de méconnaître ces affections, et, par conséquent, un traitement spécial peut et doit toujours en triompher, avant qu'elles aient eu le temps d'amener des complications fâcheuses.

Restent enfin les affections de cause directe ou externe, qui relèvent toujours d'une cause locale, et n'éveillent jamais de retentissement général dans l'économie, à moins d'avoir une intensité très-considérable ou

de revêtir une forme dangereuse par elle-même, comme, par exemple, l'érysipèle de l'insolation.

Ainsi, Messieurs, vous voyez que dans un très-grand nombre de cas les maladies de la peau peuvent être compliquées d'états généraux, de troubles réactionnels, dont l'importance ne doit jamais échapper au clinicien. Je dis que ces troubles généraux existent dans un très-grand nombre de cas, car ils ne sont pas constants ; très-souvent, en effet, la santé n'est nullement atteinte par des affections cutanées sérieuses dans leurs manifestations. Ainsi, par exemple, vous voyez fréquemment le psoriasis ne troubler en rien l'état physiologique ; je vais plus loin, quelquefois même l'existence d'une maladie de la peau est nécessaire à l'intégrité de la santé ; elle constitue, dans ce cas, une sorte d'émonctoire, de dérivatif naturel, dont les malades sentent eux-mêmes le besoin et la nécessité. C'est ainsi que vous verrez des troubles nerveux, tels que des migraines, des céphalalgies, des troubles gastro-intestinaux, et surtout des troubles portant sur l'appareil respiratoire, se produire après la disparition brusque de plaques psoriasiques, lichénoïdes ou eczémateuses, et ne disparaître qu'après et par le fait de la réapparition de ces mêmes accidents cutanés.

Des considérations que je viens de vous présenter, il résulte donc que les maladies de la peau peuvent éveiller dans l'économie un retentissement réactionnel, et qu'elles sont liées d'une manière intime avec ce qu'on peut appeler la santé générale. Je vous ai montré, en effet, qu'elles sont trop souvent le principe des désordres généraux les plus variés et quelquefois les plus graves : fièvre, accidents nerveux, dégradation des

forces vitales, amaigrissement, perte du sommeil et de l'appétit, fièvre hectique, épuisement absolu, état cachectique, et la mort.

Si, maintenant, après nous être fait un idée nette de l'influence exercée sur la santé générale par les maladies de la peau, nous nous demandons quelle est la nature de ces maladies, ce qu'elles valent comme *entités morbides*, nous devons poser en principe que, le plus souvent, elles ne sont que des symptômes. Oui, Messieurs, elles traduisent à nos regards presque toutes les diathèses, presque tous les troubles intérieurs, presque tous les désordres fonctionnels : la syphilis, la scrofule, la dartre, les accidents abdominaux les plus variés viennent, en quelque sorte, se peindre et se photographier sur la peau en caractères pathognomoniques qui, si nous savons bien les discerner, doivent toujours nous permettre de donner à chacun le nom qui lui est propre.

Les maladies de la peau, envisagées à ce point de vue élevé, prennent une importance considérable. En commençant cette leçon, je vous parlais de leur importance déduite de leur fréquence, de leur gravité, de leur longueur et de leurs récidives. Maintenant, et après toutes les considérations précédentes, je puis vous faire sentir combien elles deviennent plus importantes encore, puisque, d'une part, nous devons voir en elles, à la fois des symptômes de presque tous nos états morbides les plus sérieux et les plus variés, et en même temps des causes de troubles généraux non moins sérieux et non moins variés à leur tour. Les maladies de la peau sont le plus souvent des symptômes, c'est vrai ; mais, en vertu de sa vitalité, la peau réagit sur les lésions symptomatiques dont elle est le siége, pour élever ces lésions à

la hauteur de véritables causes morbides, dont l'écho perturbateur, ainsi que nous l'avons vu, peut avoir les retentissements les plus nombreux et les plus profonds. La peau est comme un grand centre sur lequel se produit un double courant pathologique : un premier courant qui, de l'intérieur à la superficie, apporte les lésions symptomatiques, et un deuxième courant qui, partant de cette surface lésée, s'en retourne dans les profondeurs de l'économie pour y porter des troubles réactionnels.

Qu'on ne dise donc plus que les maladies de la peau sont une spécialité, et que les médecins qui s'en occupent sont des spécialistes. Non, Messieurs, les maladies de la peau ne sont point une spécialité; elles constituent une des branches les plus importantes de toute la pathologie; elles lui sont liées de la manière la plus intime et la plus indissoluble ; leur histoire est l'histoire même de presque toute la pathologie, qui seule peut nous faire comprendre leur nature et porter la lumière au milieu de toutes les obscurités qu'elles nous présentent. Essayez, au contraire, de les isoler ; par cela même, vous en perdez complétement l'intelligence et la notion ; vous n'avez plus une science, vous n'avez plus qu'un obscur chaos, bon tout au plus pour l'empirisme ; vous n'avez plus qu'une branche morte, sans physionomie et sans caractère, parce que vous l'avez séparée de l'arbre qui lui donnait sa séve et sa vitalité.

TRENTE-HUITIÈME LEÇON

Influence de la santé générale sur les maladies de la peau.

Je vous ai parlé dans ma dernière leçon de l'influence des maladies de la peau sur la santé générale ; aujourd'hui, retournant cette proposition, je vais vous démontrer que la santé générale, à son tour, exerce une influence considérable sur les maladies de la peau ; je vous ferai voir que les affections cutanées sont ordinairement d'autant plus bénignes que la santé de celui qui en est atteint est meilleure ; et, réciproquement, que plus la santé du sujet affecté est mauvaise, plus la maladie de peau revêt une forme fâcheuse.

Pour étudier avec méthode cette question importante, nous considérerons la santé générale comme pouvant exercer, sur les maladies de la peau, son influence de cinq manières différentes :

1° Elle donne à leur développement un degré d'intensité plus ou moins considérable ;

2° Elle leur fait prendre une forme simple et bénigne, ou grave et maligne ;

3° Elle peut déterminer l'éclosion de complications toujours inhérentes à ces maladies, et n'attendant pour se produire qu'une cause occasionnelle ; or la mauvaise

santé deviendra précisément cette cause occasionnelle ;

4° Elle augmentera ou diminuera leur durée ;

5° Elle leur donnera une issue bonne ou mauvaise.

Vous voyez quelle variété d'actions nous trouvons dans cette influence que je vous signale ; eh bien ! pour vous démontrer ce fait si important de l'histoire des maladies de la peau, je vais en passer quelques-unes en revue, en vous les montrant successivement dans l'ordre où nous les avons placées dans notre dernière leçon.

Arrêtons-nous d'abord à notre premier groupe, celui des fièvres éruptives. Supposez un homme d'une santé robuste, ou même présentant tous les signes de ce qu'on appelle la constitution pléthorique. Que cet homme soit pris de variole; sous l'influence de cette constitution robuste et pléthorique, la variole prendra le plus souvent une forme essentiellement inflammatoire; la rubéfaction de la peau sera intense, la fièvre considérable, le pouls plein, dur, la turgescence énorme ; les pustules seront tendues, saillantes, résistantes, bien développées; elles seront entourées à leur base d'une auréole d'un rouge vif, érythémateux, disparaissant sous la pression du doigt; cette forme essentiellement phlegmasique sera, par cela même, la menace des plus graves complications du côté des méninges et du cerveau lui-même, et elle vous donnera pour le traitement les indications les plus sérieuses à remplir; c'est à la médication antiphlogistique et hyposthénisante que vous devrez avoir recours. Supposons maintenant cette même variole se développant chez un individu cachectique ou affaibli par les privations, les excès ou des maladies antérieures; la forme que vous observerez sera

probablement bien différente ; ainsi : 1° relativement à l'éruption, les pustules seront ternes, aplaties, molles, sanieuses, entourées d'une auréole blafarde ecchymotique ; 2° relativement à l'état général, le pouls sera petit, sans aucune résistance, rapide, quelquefois irrégulier, l'état des forces dans la dépression la plus accentuée ; la faiblesse sera excessive, l'abattement extrême, et vous verrez, en un mot, tout le cortége des phénomènes de l'adynamie ; ce sera la variole noire ou hémorrhagique, sur l'issue de laquelle vous devrez porter le plus fâcheux pronostic. Vous voyez donc, par cet exemple, combien la même maladie peut subir de modifications, suivant l'état de la santé générale du sujet qui en est atteint.

Les mêmes considérations s'appliquent à la scarlatine : complications inflammatoires, fièvre intense, violente, congestion de la peau, larges plaques d'un beau rouge ardent et framboisé, souvent complications méningitiques chez un sujet pléthorique ; phénomènes insidieux, éruption anormale, sans vivacité de coloris, défaut de réaction, complications adynamiques, constituant la scarlatine maligne et amenant le plus souvent la mort, chez un sujet dont la constitution était mauvaise ou préalablement détériorée.

Mêmes remarques encore pour la rougeole : le sujet est-il robuste, pléthorique, disposé aux congestions cérébrales, nous aurons à redouter, du fait de la rougeole, les plus sérieuses complications encéphaliques ; le sujet est-il, au contraire, d'une constitution défectueuse, contracte-t-il souvent des bronchites graves et tenaces, est-il prédisposé, soit par ses antécédents personnels, soit par ses antécédents de famille, à la tuberculose,

nous devrons avoir les craintes les plus sérieuses sur l'influence exercée par la rougeole relativement au développement de cette redoutable diathèse, et tous nos efforts devront être employés à combattre énergiquement cette fâcheuse influence.

Si nous passons maintenant à un autre groupe d'affections cutanées, nous aurons encore à appliquer les mêmes remarques; c'est ainsi que l'érysipèle, chez le sujet sanguin, pléthorique, prendra le plus souvent la forme inflammatoire; le gonflement phlegmasique de la peau sera considérable, sa coloration d'un rouge des plus prononcés; vous constaterez la forme phlycténoïde ou bullaire, indiquant un degré des plus intenses de l'inflammation dermique, qui pourra tendre à se propager profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané, pour y produire ces vastes et abondantes suppurations qui caractérisent la forme phlegmoneuse de l'érysipèle; et si cet érysipèle siége à la face, vous aurez grande chance de le voir gagner le cuir chevelu, et amener à sa suite les plus redoutables complications méningitiques. Concurremment avec ces états locaux, où le caractère phlegmasique sera si fortement accentué, vous aurez l'état général qui accompagne les affections franchement inflammatoires, et de cet ensemble de conditions locales et générales vous aurez à déduire les indications thérapeutiques les plus importantes (saignées locales ou générales, purgatifs répétés, boissons diurétiques, diète; en un mot, médication essentiellement antiphlogistique et hyposthénisante).

Si, au contraire, le malade atteint d'érysipèle est naturellement d'une santé mauvaise, détériorée, d'une constitution anémiée, dégradée, l'affection prendra ha-

bituellement un tout autre caractère; vous n'y retrouverez plus, ou du moins qu'à un très-faible degré, le cachet inflammatoire; la teinte de la peau sera blafarde, son soulèvement peu considérable; les parties malades vous présenteront de vastes surfaces atteintes successivement, et d'une manière en quelque sorte serpigineuse. D'autres fois vous constaterez des eschares : dans le premier cas, ce sera la forme ambulante ou erratique; dans le second cas, ce sera la forme gangréneuse. A ces deux formes correspondra un état général essentiellement grave, mauvais, adynamique, et vous aurez, par suite, à remplir des indications thérapeutiques diamétralement opposées à celles du cas précédent. Ce sera aux toniques, aux antiseptiques, aux reconstituants, aux excitants même que vous devrez avoir recours.

Cette influence de la santé générale sur les maladies cutanées n'est pas moins considérable dans les affections *vénériennes* ou *syphilitiques* proprement dites. En effet, un individu robuste, dans de bonnes conditions de santé, vient-il à contracter un *chancre mou*, ce chancre, convenablement traité, n'amènera aucun désordre général, se cicatrisera dans l'espace de deux ou trois septénaires, et tout sera dit. Ce chancre, au contraire, doit-il être *infectant*, vous le verrez s'*indurer* du quinzième au dix-huitième jour; puis, un mois environ plus tard, vous assisterez à l'efflorescence d'accidents cutanés de forme bénigne, tels que la roséole et la syphilide papuleuse, lesquels, après un traitement sagement conduit, disparaîtront au bout de deux ou trois mois, sans laisser de traces, ni sur la peau, ni dans l'état général du malade. C'est ainsi que vous ver-

rez le plus souvent la syphilis se comporter chez les individus de bonne constitution.

Mais prenons maintenant ce même *chancre mou* et plaçons-le sur un individu dont la constitution est détériorée, dont le principe vital est profondément atteint, soit par la misère, soit par des excès, soit par une mauvaise hygiène; vous aurez grande chance de le voir se *phagédéniser*, c'est-à-dire devenir le siége d'une des plus terribles complications de tous les accidents vénériens, complication qui se traduit par les plus effroyables destructions, soit en superficie, soit en profondeur, au point que souvent le phagédénisme tue les malades par les seuls ravages qu'il leur fait subir.

Plaçons aussi un chancre induré infectant chez un sujet dans les mêmes conditions de mauvaise santé, et, au lieu des accidents bénins précoces de la syphilis constitutionnelle, nous pourrons voir se développer des pustules d'ecthyma, des bulles de rupia, lésions ulcéreuses qui caractériseront la *forme maligne* de la syphilis.

Supposez maintenant qu'un malade, dans de bonnes conditions de santé au moment où il a contracté la syphilis, voie par suite d'excès ou d'accidents, de quelque nature qu'ils soient, sa constitution se détériorer; du fait même de ce changement survenu dans sa santé générale, vous pourrez constater que la syphilis, qui s'était montrée tout d'abord bénigne, prendra un caractère de gravité exceptionnelle et se traduira par les formes ulcéreuses et serpigineuses les plus redoutables.

Je vous ai fait tout à l'heure le tableau de l'évolution habituelle de la syphilis chez un sujet de bonne constitution; voyons maintenant comment elle se comporte chez un scrofuleux. Il y a là, entre la diathèse

scrofuleuse et la diathèse syphilitique, une sorte de pernicieuse affinité, en vertu de laquelle, quand une fois ces deux diathèses se sont rencontrées, il devient extrêmement difficile de les séparer. La scrofule donne à la syphilis des allures essentiellement immobiles, torpides, réfractaires à tout traitement; aussi vous verrez combien les accidents syphilitiques, chez un scrofuleux, seront longs et en quelque sorte indéfinis dans leur marche ; très-souvent, ils vous opposeront une résistance désespérée et désespérante, et au bout d'un temps très-long et indéterminé vous verrez souvent une troisième diathèse, la diathèse tuberculeuse, engendrée par les deux premières, terminer la scène par ses accidents spéciaux, contre lesquels tous vos efforts viendront se briser.

Ainsi vous voyez que l'influence de la santé générale est des plus importantes à considérer, soit que nous l'envisagions dans les maladies de peau fébriles, soit que nous l'étudiions dans celles qui relèvent de la syphilis. Voyons maintenant ce que devient cette influence dans les *herpétides*, c'est-à-dire dans les affections cutanées qui ont pour cause le principe dartreux.

Voici un malade bien portant d'ailleurs, chez lequel se déclare un *eczéma aigu;* après plusieurs poussées de moins en moins fortes, vous voyez s'éteindre progressivement l'affection locale, et vous croyez tenir la guérison; mais que ce malade se livre à un écart de régime, ou à un excès quelconque, qui suractive la circulation et le système nerveux, immédiatement et par cela même, de nouvelles poussées eczémateuses se réveillent, et tout est remis en question.

Prenons maintenant un autre malade chez lequel le

principe dartreux se manifeste, soit par un *psoriasis*, soit par un *eczéma*, lésions cutanées que l'on peut appeler bénignes. Or, voici ce malade qui, par suite de causes sérieuses, éprouve une grave atteinte dans sa santé générale ; il perd l'appétit et le sommeil, il maigrit et tombe bientôt dans un véritable état cachectique ; que se passera-t-il alors ? Le vice herpétique dont il reste atteint pourra cesser de se manifester par des caractères bénins que vous pourrez voir remplacés par les lésions cutanées les plus dangereuses par elles-mêmes, telles que l'*herpétide maligne exfoliatrice*, l'*ecthyma cachecticum*, le *rupia escharotica*. Ainsi, vous le voyez, la santé générale exerce donc une influence incontestable sur les herpétides, au triple point de vue de leur développement, de leur durée et de leur gravité.

Nous devons maintenant vous parler de certains épiphénomènes de la santé de la femme, tels que la menstruation, la grossesse, l'état puerpéral. Eh bien ! ces trois états exercent, chacun à leur manière, une notable influence sur les maladies de la peau. Avant et pendant la période menstruelle, vous voyez presque toujours une poussée plus ou moins intense, et par conséquent une aggravation dans ces maladies, et au contraire, dans les jours qui suivent la cessation des règles, une manifeste sédation. Pendant la grossesse, toutes les affections cutanées, syphilitiques ou herpétiques siégeant dans la *zone génitale* sont sujettes à un développement considérable, et vous les voyez résister opiniâtrément aux traitements habituellement les plus efficaces ; c'est alors que vous constaterez ces prurits vulvaires si douloureux et si réfractaires, ces tubercules muqueux si larges, si saillants, se transformant en plaques muqueuses végé-

tantes et ulcérées, ces eczémas intertrigineux si étendus, si douloureux et si rebelles. La suractivité vitale dont la zone génitale est le siége par le fait de la grossesse, et la gêne de la circulation en retour, résultant de la réplétion utérine, vous donneront l'explication de l'aggravation que subissent, pendant la gestation, les affections cutanées siégeant dans le voisinage des organes génitaux; et si, pendant l'état puerpéral, surviennent des affections cutanées fébriles, telles que la variole, la rougeole, l'érysipèle, vous voyez presque toujours ces affections, par le fait même de l'état puerpéral, revêtir leur forme la plus grave, et par conséquent vous faire porter le plus fâcheux pronostic.

Ces quelques exemples suffiront pour vous faire comprendre quelle sérieuse et incontestable influence exerce la santé générale sur les maladies de la peau. Je vous ai fait voir que, le plus souvent, la forme légère ou maligne de ces maladies, leur marche lente ou rapide, leur terminaison bonne ou mauvaise, sont sous la dépendance directe de la santé du malade et de sa constitution, bonne ou vicieuse. Dans ma dernière leçon, je vous disais que les maladies de la peau sont à la fois *effets* et *causes* d'un grand nombre de nos maladies; que tantôt elles sont l'expression et comme la traduction des états morbides les plus divers et les plus graves; que tantôt, au contraire, elles sont le point de départ d'autres états morbides non moins divers et non moins sérieux. Aujourd'hui je viens de vous les montrer sous l'influence immédiate de la santé générale, qui les gouverne et les fait réellement ce que nous les voyons, graves ou bénignes.

Par conséquent, dans l'étude des affections de la

peau, ne séparez jamais *le malade de la maladie;* tenez toujours le plus grand compte du sexe, de l'âge, du tempérament, de l'état général bon ou mauvais; toutes ces considérations devront être présentes à votre esprit, car elles vous fourniront les indications thérapeutiques les plus importantes à remplir, et vous devrez toujours soigner en même temps *le malade et la maladie.*

Ainsi, par exemple, quand vous êtes en présence de *syphilides malignes* chez un sujet cachectique, commencez toujours votre traitement par attaquer la *cachexie* elle-même, qui est la cause de la *malignité* de la syphilis. Placez le malade dans les meilleures conditions d'hygiène possibles, relativement à son habitation; donnez-lui la nourriture la plus choisie, la plus réparatrice; faites-lui prendre des vins généreux, des amers, du quinquina, des viandes succulentes : vous relèverez ainsi l'état de ses forces, et tout en amendant sa mauvaise santé générale vous aurez, par cela même et par cela seul, déjà amendé la *malignité* de son affection.

Lorsque, par cette première médication essentiellement hygiénique et reconstituante, vous aurez suffisamment préparé le terrain, alors, mais seulement alors, et dans une seconde phase du traitement, donnez les médicaments spécifiques, qui précédemment n'auraient pas été supportés, et par conséquent n'auraient fait qu'aggraver les accidents locaux et généraux. De même, ce n'est, le plus souvent, que par un traitement purement hygiénique, et s'adressant à la santé générale du malade, que vous vous rendrez maîtres du *phagédénisme.*

Je vous disais tout à l'heure combien la syphilis est rebelle et tenace, quand elle existe chez un scrofuleux. En pareil cas, ne manquez jamais de faire marcher con-

curremment le traitement des deux diathèses, d'adjoindre au mercure l'huile de foie de morue, les iodiques, les amers, les ferrugineux et tous les toniques.

Je m'arrête, je vous en ai dit assez pour vous montrer que si la santé générale gouverne les maladies de la peau dans leur développement, dans leurs formes et dans leur gravité, elle doit aussi être la première à vous dicter le traitement par lequel vous aurez à les combattre.

TRENTE-NEUVIÈME LEÇON

Pathologie comparative des membranes muqueuses et de la peau.

Messieurs,

En dehors des tissus cellulaire et aponévrotique, trois membranes principales existent dans le corps humain : les séreuses, les muqueuses et la peau. Les séreuses nous représentent des sacs sans ouverture; partout et sur toute leur surface en rapport avec elles-mêmes, toujours à l'abri du contact de l'air, ne supportant rien qui leur soit étranger, toujours isolées, elles constituent un monde à part, et leur histoire, au point de vue anatomique, physiologique et pathologique, nous offre des caractères tout à fait spéciaux et que nous ne retrouvons nulle part ailleurs. La peau et les muqueuses ont, au contraire, les traits de ressemblance les plus nombreux et les plus intéressants à saisir. Si la peau est le tégument externe ou du dehors, les muqueuses sont la peau du dedans; la peau et les muqueuses ne sont, pour ainsi dire, qu'une seule et même membrane, car on voit la peau, par des gradations successives, se transformer progressivement à mesure qu'elle se rapproche des muqueuses, se confondre et se continuer avec elles, sans ligne de démarcation bien tranchée.

Considérez la peau à la partie postérieure et supérieure du tronc, et aux membres, du côté de l'extension : c'est là qu'elle est le plus éloignée des orifices naturels et des muqueuses; c'est là aussi que vous lui voyez le plus de sécheresse, le plus d'épaisseur et le moins de ressemblance avec les muqueuses. Mais voyez-la à mesure qu'elle se rapproche des ouvertures naturelles; voyez ce qu'elle devient dans le sillon interfessier et à la marge de l'anus; suivez-la à la face interne et supérieure des cuisses, dans les plis génito-cruraux, à l'entrée de la vulve ou des fosses nasales; voyez-la, dans toutes ces régions, prendre petit à petit la finesse, la délicatesse, l'humidité, la coloration et tout l'aspect des muqueuses qui vont être sa continuation.

Les muqueuses et la peau nous offrent, quant à leur structure, les plus grandes analogies; c'est, de part et d'autre, une trame dans les mailles de laquelle serpente un réseau inextricable de vaisseaux et de nerfs, s'entrecroisant à l'infini autour de glandules sudoripares, sébacées et mucipares, ou aboutissant à des papilles sensitives qui sont le siége, ici du toucher, là du goût, de l'olfaction.

Leurs fonctions physiologiques sont encore à peu près les mêmes : la peau est l'enveloppe externe du corps; elle le met en contact avec le monde extérieur; elle est, de ce côté, à la fois un intermédiaire et une protection, en même temps qu'elle assure le libre fonctionnement de tous les organes qu'elle recouvre. Les muqueuses tapissent l'intérieur de nos organes; elle reçoivent, absorbent ou rejettent tout ce qui vient du dehors; elles aussi sont à la fois et un trait d'union et une défense entre notre corps et le monde extérieur.

Mais c'est surtout au point de vue de la pathologie que nous allons trouver, entre la peau et les muqueuses, des ressemblances dignes de fixer toute notre attention. La peau nous représente comme un vaste champ ouvert au développement d'une infinité de maladies. S'il est vrai que les yeux sont le miroir de l'âme, il n'est pas moins vrai que la peau est le miroir de la santé. Son aspect, sa coloration, sa température, sa sécheresse ou son humidité sont de précieux caractères, que la séméiologie ne néglige jamais. C'est sur la peau que se produit l'efflorescence de toutes les pyrexies, et que s'épanouissent, avec leurs traits distinctifs, les principales lésions de l'herpétisme, de la syphilis et de la scrofule ; c'est encore sur la peau que se traduisent des désordres qui ne sont que le reflet extérieur et que l'écho des troubles intérieurs les plus variés et les plus profonds, tels que les troubles hépatiques, gastro-intestinaux, et circulatoires. Ainsi de tous les points de l'organisme part comme un grand courant morbide, qui apporte à la peau des lésions, des altérations de tissu, des modifications d'aspect, de coloration, de température, qui ne sont que des symptômes.

Mais la peau n'est point une membrane inerte ; elle a sa vitalité propre, et quand son tissu, sa circulation et son innervation se trouvent ainsi atteints, elle ne reste point impassible, elle réagit et devient à son tour une nouvelle cause d'accidents et de troubles ; l'intensité des lésions dont elle est devenue le siége, la douleur, les désordres fonctionnels qui en sont la conséquence, ont un retentissement général qui se traduit pas un état d'agitation, de malaise et de souffrance, par de la fièvre, par de l'inappétence, par de l'insomnie. Les altérations

que la peau avait subies n'étaient primitivement que des *symptômes*, mais ces symptômes n'ont point tardé à devenir à leur tour de *véritables causes*, et à engendrer, par eux-mêmes, de nouveaux états pathologiques; en sorte que, si nous avons constaté un premier courant morbide dont la peau était l'aboutissant, nous en constatons maintenant un second qui, partant de la peau, reflue dans toutes les directions et dans toutes les profondeurs de l'économie.

Eh bien! ce double courant morbide, dont la peau est à la fois le point d'arrivée et le point de départ, l'aboutissant et la source, est-ce que nous ne le retrouvons pas sur les muqueuses? est-ce que les muqueuses n'ont point, comme la peau, leurs exanthèmes, leurs hémorrhagies, leurs ulcérations, leurs lésions syphilitiques, herpétiques et strumeuses? est-ce qu'elles aussi n'offrent point leurs vastes surfaces au développement des affections les plus diverses par leur nature? Et quand elles sont ainsi devenues le siége d'états pathologiques qui, pour n'être que des *symptômes*, n'en sont pas moins des lésions graves, est-ce que, par le fait même de l'atteinte portée à leur fonctionnement et à leur vitalité, vous ne voyez pas se produire des accidents généraux et des troubles fonctionnels? En sorte que, de ces lésions qui, primitivement et par leur nature, n'étaient que des *symptômes*, elles font, pour ainsi dire, leurs *maladies propres*, en leur imprimant une puissance perturbatrice sur toute l'économie.

D'autre part, si vous considérez les muqueuses d'une manière générale, relativement à la séméiologie, est-ce qu'elles ne nous offrent pas des caractères tout aussi tranchés que ceux qui sont fournis par la peau? N'avez-

vous pas à noter, comme des indices de la plus haute importance, leur coloration trop rouge ou trop pâle, leur teinte ictérique ou d'un jaune feuille morte, leur pulvérulence, leurs fuliginosités, leur sécheresse ou leur humidité?

Si maintenant nous quittons les généralités pour descendre dans les détails, nous constatons qu'un grand nombre des affections de la peau se retrouvent sur les muqueuses. Il y a un psoriasis des lèvres et de la langue; l'herpès avec ses vésicules et ses ulcérations se montre sur les lèvres, dans la bouche et à la vulve; l'eczéma affecte les conjonctives et la vulve; certaines angines pharyngées ressemblent beaucoup à l'érythème et même à l'érysipèle; les granulations de l'isthme du gosier et du pharynx rappellent l'acné couperosique et boutonneuse; les muqueuses ont, comme la peau, leurs ulcérations simples, scorbutiques, syphilitiques, strumeuses, cancéreuses, gangréneuses, leurs hémorrhagies interstitielles et leurs foyers hémorrhagiques.

Les muqueuses et la peau présentent habituellement dans leur manière d'être la plus remarquable concordance. Dans la fièvre typhoïde, et dans d'autres états pathologiques graves, les escarres de la région fessière vont de pair avec les ulcérations de l'intestin; la suppression des sécrétions des muqueuses, symptôme toujours fâcheux, la sécheresse du globe oculaire, des fosses nasales, des lèvres et de la bouche, coïncident avec la sécheresse de la peau; et lorsque les sécrétions de cette dernière se reproduisent, lorsqu'elle redevient humide et sudorale, on voit en même temps reparaître, signe d'heureux augure, la sécrétion des larmes, de la salive et du mucus nasal. Les mêmes colorations mor-

bides existent en même temps sur les muqueuses et sur la peau, avec la même valeur séméiotique : pâles dans l'anémie, violacées quand la circulation en retour est gênée, ictériques dans les affections hépatiques, elles sont d'une teinte jaune feuille morte ou jaune paille dans la cachexie cancéreuse.

Les muqueuses sont le siége d'hypersécrétions auxquelles on a donné le nom vague et générique de *catarrhes*. Il y a le catarrhe nasal ou coryza, le catarrhe des bronches, de l'intestin, de l'utérus, du vagin et de la vessie. La peau, elle aussi, a son catarrhe ; est-ce que ces larges surfaces d'eczéma fluent, où le derme, dénudé de son feuillet épidermique et ulcéré, donne lieu à une sécrétion souvent si abondante de liquide séro-gommeux, ne constituent pas un véritable catarrhe de la peau, catarrhe présentant, comme celui des muqueuses, des caractères d'acuïté ou de chronicité? Certaines muqueuses, et en particulier la muqueuse intestinale, sont quelquefois le siége d'une sécrétion tellement abondante qu'elle amène rapidement les malades à l'épuisement, à l'émaciation, à la mort ; il semble que la masse entière du sang est décomposée, et que sa partie séreuse s'écoule à travers les mailles de la muqueuse de l'intestin. Ce même flux colliquatif se produit sur la peau. Ne voit-on pas, en effet, dans certains états généraux graves, dans certaines affections qui ont porté à la santé une atteinte profonde, ne voit-on pas des diaphorèses que rien ne peut arrêter, et dont l'excessive abondance ne tarde pas à consommer la perte du malade?

Si la peau et les muqueuses sont également le siége d'accidents colliquatifs, fâcheux quand ils ne sont pas mortels, en revanche aussi il se produit également à

leur surface des phénomènes critiques et salutaires. Combien de fois ne voit-on pas une maladie grave se terminer brusquement, et de la manière la plus heureuse, à la suite d'une diarrhée, d'une sécrétion abondante d'urine, ou d'une poussée éruptive ou sudorale?

Il est impossible qu'il y ait, entre les membranes muqueuses et la peau, de si nombreuses ressemblances de structure, d'action physiologique, d'états morbides, et qu'en même temps il n'existe point entre elles une véritable et profonde solidarité ; la peau et les muqueuses sont, en effet, solidaires ; elles exercent réciproquement sur elles-mêmes une influence et une action qui les placent mutuellement dans une dépendance réciproque intime et absolue. Qu'une cause morbide, un refroidissement par exemple, agisse sur la peau, le coup frappera les muqueuses, et il y aura un coryza, une bronchite, un flux intestinal. Que les muqueuses, au contraire, soient primitivement atteintes, qu'il y ait un léger degré d'inflammation gastro-intestinale à la suite de l'ingestion de substances irritantes, la peau se couvrira de plaques d'urticaire ou de papules érythémateuses.

Cette solidarité qui existe entre les muqueuses et la peau est de la plus haute importance, et vous ne devez jamais la perdre de vue dans la thérapeutique. Voici, par exemple, un eczéma fluent aigu qui produit une abondante sécrétion de liquide; c'est un catarrhe aigu de la peau; or, prenons garde à une répercussion, car le catarrhe de la peau, venant à se sécher brusquement, pourrait se porter sur la muqueuse des bronches et donner lieu à un catarrhe bronchique bien autrement grave que celui de la peau.

Évitons donc soigneusement, en pareil cas, les répercussifs, mais, par des dérivatifs prudemment dirigés vers les voies urinaires et intestinales, établissons de ce côté un double catarrhe artificiel et substitutif qui diminue l'intensité du catarrhe de la peau. Y a-t-il, au contraire, un catarrhe bronchique ? Appelons le vers la peau, par des vésicatoires. Dans le traitement des affections pulmonaires, informons-nous toujours si le malade n'a pas eu autrefois des dartres ; il y a des bronchites chroniques et graves, qui sont de nature herpétique, et qui se sont développées par le fait de la métastase, sur les bronches, d'anciennes dartres ; or la réapparition de ces dartres sur la peau guérirait bien vite ces bronchites. Il y a des désordres gastro-intestinaux sérieux, qui résistent à tous les traitements, et qui se guérissent d'eux-mêmes aussitôt que reviennent, sur la peau, des plaques herpétiques qui avaient été répercutées sur la muqueuse de l'estomac ou de l'intestin.

De toutes ces considérations, il résulte que, si la peau n'est point un organe isolé et sans retentissement dans l'économie, c'est principalement aux membranes muqueuses qu'elle est unie par les liens de la plus étroite et de la plus intime sympathie. Ayant à peu près la même structure, la même disposition, les mêmes fonctions à remplir, la même vitalité, les mêmes maladies, les muqueuses et la peau, dans leur mutuelle et réciproque solidarité, nous représentent les deux plateaux d'une balance ; leur parfait équilibre est une des conditions de la bonne santé. Les muqueuses et la peau, relativement à leur pathologie, nous rappellent encore ces deux écueils situés en regard l'un de l'autre et connus dans l'antiquité sous les noms de Charybde et de Scylla.

Pour être sain et sauf, il fallait passer juste à égale distance des deux écueils, car si, pour échapper à Charybde, on s'en était éloigné un peu trop, un courant irrésistible vous précipitait contre Scylla, plus redoutable encore, et l'on disait alors *qu'on était tombé de Charybde en Scylla*.

Dans le traitement des affections cutanées, ne perdez jamais de vue ce dangereux courant de la répercussion, toujours prêt à faire refluer la maladie de la peau vers les muqueuses. Prenez-y garde, car, si vous n'aviez pas su y soustraire vos malades, on pourrait dire aussi *que vous les avez laissés tomber de Charybde en Scylla*.

QUARANTIÈME LEÇON

Diathèse fibromique (fibrômes généralisés).

Messieurs,

Nous allons nous occuper aujourd'hui d'une maladie qui se recommande à vous par sa grande importance, par sa singularité, et sur laquelle l'attention n'a, pour ainsi dire, point encore été appelée, puisqu'on ne trouve dans la science qu'un seul cas analogue à celui que je vais vous exposer, avant d'en discuter la valeur et la signification. Il s'agit d'une malade qui s'est présentée à ma consultation, et que j'ai admise dans mes salles : toute la surface de son corps, depuis le sommet de la tête jusqu'aux membres inférieurs exclusivement, était bosselée ; ces bosselures, en quantité innombrable, variaient de forme et de volume ; les unes, parfaitement lisses, régulières, arrondies et isolées, mobiles dans tous les sens, avaient la grosseur d'une cerise ou d'une amande ; les autres, devenues confluentes, et alors plus largement étalées, sur la périphérie crânienne principalement, formaient des plaques proéminentes, inégales dans leur étendue, dans leurs saillies et dans leurs contours ; d'autres, se touchant par un de leurs

taille, a toujours été d'une bonne santé, d'une constitution robuste, forte, grasse. A 60 ans, elle pesait encore 139 livres.

Mariée à 32 ans, elle a eu des enfants qui se portent tous très-bien. Jamais, jusqu'à l'âge de 66 ans, elle n'a contracté aucune maladie sérieuse. Née à Groslay, près Montmorency, elle y a passé sa vie comme cuisinière.

En 1840, elle eut une fracture de la première phalange du pouce droit, qui fut remise et guérit.

Quelque temps après, le pouce gonfla, devint rouge, douloureux; une incision fut pratiquée : il en sortit du pus séreux. La plaie, devenue fistuleuse, suppura jusqu'au jour où on lui plaça un vésicatoire au bras droit.

Elle ne sait au juste la durée du séjour de ce vésicatoire au bras droit, mais quelque temps après qu'il fut supprimé, en 1841, elle vit et sentit apparaître, à 2 ou 3 centimètres à gauche du mamelon droit, une ou deux petites nodosités, dures, non douloureuses, grosses comme des noyaux de cerise, dans l'*épaisseur de la peau*, faisant partie avec elle.

Peu à peu, il s'en montra d'autres autour du mamelon, et tous ces tubercules, finissant par se toucher, par suite de leur accroissement en volume et de leur développement excentrique, arrivèrent à former une carapace dure, aplatie, ligneuse, comme squirrheuse, occupant toute la mamelle droite, et la recouvrant de manière à l'immobiliser.

Jusqu'en 1866, toute l'affection resta limitée au sein droit. La santé, d'ailleurs, se maintint bonne, les forces ne faiblirent point; elle continua sans interruption son travail de cuisinière.

t pour la plupart dans *l'épaisseur de la* ne semblent être recouvertes que par :he de derme.

a peau, à leur niveau, a sa coloration elle est amincie, luisante, comme ver-ourue de fines varicosités capillaires.

umeurs, au contraire, sont visiblement e tissu cellulaire sous-cutané, elles roulent mobile, et dont l'aspect n'a point changé.

ne de ces tumeurs varie depuis celui d'un celui d'une noix. Souvent plusieurs tu-réunissent par leurs bords pour ne former e tumeur, à surface inégale et bosselée, ou l'aspect d'une bride saillante, chéloïdienne, ela se voit à la face antérieure du cou.

1 droit est emprisonné dans la carapace inex-à surface aplatie, dont j'ai déjà parlé, et qui pect d'un squirrhe ligneux.

es tumeurs se voient enfin autour du mamelon t dans l'épaisseur du derme ou du tissu cel-us-cutané de l'abdomen et des membres in-t supérieurs; ici, à l'état isolé.

on sent, profondément située à la face ex-tiers postérieur du cubitus droit, une tumeur ure, comme cartilagineuse, immobile et in-

meurs diverses ne sont le siége d'aucune dou-tanée; mais elles sont sensibles quand on les re deux doigts.

s, elles sont le siége d'*un prurit* ordinairement le, parfois incommode, surtout aux approches is temps. Ce prurit est parfois assez intense

Mais
lables,
qui pùt
vit appar
face ant
un petit
peau. Ce
et s'étendi

La ma
rasait tous
fit une ent
sang.

Depuis
rapidité rela
état elle se
mai 1868 :

La malade,
de ses forces
la peau tendue,
couvre.

Décubitus dor
jambes.

Toute la figure,
du cou et de la poitri
le dos jusqu'à la rég
tumeurs saillantes, de
la peau environnante. E
formes partout, sans
centre.

La surface en est
peu aplatie.

La respiration est depuis deux jours considérablement oppressée. Cependant la percussion ni l'auscultation ne découvrent rien : ni bruit de souffle, ni râles secs ou humides. Pas d'épanchement pleurétique.

Quelques douleurs lancinantes dans les deux jambes, se répétant plusieurs fois par jour.

11 juin. — Coude gauche légèrement œdématié. Même état général.

12 juin. — L'œdème du coude gauche s'étend vers la main, et l'œdème des malléoles remonte vers les genoux. — Respiration fréquente, pénible et bruyante.

13 juin. — Figure légèrement bouffie, par plaques dans les endroits non envahis par le tissu morbide. L'affaissement va croissant, la prostration augmente. Il y a insomnie presque complète.

17 juin. — L'affaissement est extrême ; mouvement fébrile intense (a commencé vers le 16 juin au soir) peau chaude, brûlante, mais sèche ; 90 à 95 pulsations. La malade ne mange plus rien. Pas de diarrhée ; selles rares et normales.

18 juin. — Mort à cinq heures du matin.

Autopsie. — L'autopsie, faite vingt-six heures aprè[s la] mort, a donné les résultats suivants :

[T]outes les tumeurs dont il a été parlé ci-dessus, [qu'el]les soient dermiques ou sous-dermiques, ne dépa[ssent pas] la couche sous-cutanée. Au niveau des deu[x] [m]uscles pectoraux du dos, la peau, disséquée, laiss[e] [...] parfaitement intacts.

[Au ni]veau du sternum, on trouve une petite tume[ur] [con]tenue dans l'épaisseur du périoste qui reco[uvre la face] antérieure de la poignée de l'os sternal.

Une autre plaque dure, comme fibro-cartilagineuse, s'est développée dans l'épaisseur du périoste qui recouvre la face externe du tiers postérieur du cubitus droit.

Enfin nous trouvons une grande quantité de ces mêmes tumeurs aplaties dans l'épaisseur du cuir chevelu et, après avoir écarté ce dernier, dans le périoste de la voûte crânienne.

En enlevant ce périoste, fortement adhérent au niveau des soudures, on trouve les os dans leur état normal, avec leur coloration et leur consistance habituelles ; cependant leur surface externe paraît être un peu usée au niveau des plaques périostiques.

En ouvrant la cavité crânienne, on voit que la masse cérébrale a généralement perdu de sa consistance ; elle est ramollie, diffluente ; elle ne présente d'ailleurs ni piqueté ni injonction. Absence d'épanchement séreux dans la cavité arachnoïdienne et dans les ventricules.

L'attention est au contraire appelée du côté de la dure-mère qui recouvre la voûte crânienne. A ce niveau, elle présente, comprises dans son épaisseur, une dizaine de plaques de volume variable, isolées les unes des autres, larges en moyenne de 1 à 2 centimètres et épaisses de 2 à 4 millimètres. Elles ont usé, à leur niveau, la table interne de la voûte crânienne, qui reproduit ainsi l'empreinte de leurs dimensions.

Deux plaques semblables occupent l'épaisseur de la dure-mère, qui tapisse la fosse occipitale gauche, et une troisième se voit dans la fosse occipitale droite, près des bords du trou occipital.

Rien de particulier à l'examen de la cavité thora-

cique : les deux plèvres sont saines, lisses, transparentes. Pas de trace de plaques pseudo-plastiques. Pas d'épanchement pleurétique.

Quelques adhérences fibro-celluleuses à gauche, traces d'une pleurésie ancienne.

Les poumons sont sains, bien crépitants;

Les ganglions bronchiques non hypertrophiés.

Le cœur est flasque, gros, jaunâtre, graisseux.

L'estomac, les intestins, les reins, etc., sont parfaitement sains, ainsi que les ganglions mésentériques et le péritoine.

Mais le corps de l'utérus présente un aspect bosselé, difforme, et, en l'incisant, on y découvre deux *fibrômes musculaires*, facilement énucléables, dont l'un avait le volume d'un œuf de pigeon, l'autre celui d'une noix. Une troisième tumeur fibreuse s'était développée dans l'épaisseur de la paroi de l'utérus.

L'examen microscopique, nécessaire pour la détermination de toutes ces productions, fut fait avec soin et donna pour toutes ces tumeurs, quel que fût leur siége, un résultat identique :

1° Hypertrophie *énorme de tissu conjonctif*, dense, serré ;

2° Grande abondance de *fibres élastiques* s'enchevêtrant et courant en tous sens ;

3° Éléments cellulaires ou *cytoblastions ;*

4° *Granulations* en petite quantité. De cet examen histologique découle la conséquence que toutes ces tumeurs ne sont constituées que par du tissu fibreux, et qu'elles sont des *fibrômes*.

Après cet historique si précis et si complet de la

malade et de la maladie *ante* et *post mortem*, occupons-nous du diagnostic : à quel genre de maladie avons-nous affaire ?

Pour M. Bazin, c'est un cancer, dernier degré de malignité, expression ultime et la plus grave de l'arthritis.

Pour M. Hardy, c'est une diathèse de tumeurs fibro-plastiques confinant au cancer.

M. Lailler partage cette opinion.

M. Hillairet se déclare carrément pour un cancer de la peau.

En présence d'opinions aussi imposantes par la science de leurs auteurs, devons-nous immédiatement dire aussi : *Oui*, c'est un cancer ? — Eh bien ! malgré les autorités précitées, aux lumières desquelles nous nous étions empressés de faire appel, nous aurons le courage de soutenir que tel n'est point notre avis. Non, nous ne pensons point que toutes ces tumeurs soient du cancer, et voici nos raisons :

1° Est-ce que l'évolution du cancer se fait d'une manière aussi lente ? N'oublions pas que l'apparition des premières tumeurs, au sein droit, remonte à l'année 1840, c'est-à-dire à vingt-huit ans ! Quel est donc le cancer, surtout généralisé, qui marche avec une pareille lenteur ?

2° Si nous avions affaire à un cancer, ce ne serait pas évidemment à la forme dite encéphaloïde, ce ne pourrait être qu'à la forme squirrheuse ; or, est-ce que les noyaux, ou tubercules squirrheux, ne sont pas plus au moins anguleux et irréguliers dans leurs contours ? Est-ce que, surtout quand ils sont anciens, ils n'adhèrent pas intimement à la peau qu'ils usent, qu'ils rou-

gissent et qu'ils ulcèrent en s'ulcérant eux-mêmes, et en donnant lieu à une suppuration ichoreuse sanieuse et fétide ? Est-ce que les noyaux squirrheux, au bout d'un certain temps, n'adhèrent pas aussi au tissu cellulaire sous-cutané qui, dans un rayon assez étendu, devient le siége d'une véritable congestion inflammatoire, accusée par du gonflement, de l'empâtement, de la rougeur et de la douleur ? Est-ce que ces mêmes noyaux squirrheux ne sont pas le siége de douleurs aiguës, lancinantes, caractéristiques ? — Or pas un seul de ces caractères propres au cancer n'a été présenté par ce nombre immense de tumeurs, dont je place sous vos yeux la représentation exacte et fidèle. Pas une seule n'a donné lieu à des douleurs ; voyez comme elles sont toutes parfaitement lisses ; pas une seule n'a altéré la couleur de la peau et n'a amené la plus légère trace d'inflammation dans le tissu cellulaire ambiant et sous-jacent ; pas une seule enfin, même les plus anciennes, n'offre le plus petit vestige d'ulcération ou de suppuration.

3° Quand un cancer se généralise, il envahit des tissus de constitution anatomique différente ; on le trouve à la fois dans les séreuses, dans les viscères, dans les ganglions lymphatiques, dans les os. Après l'ablation d'un sein squirrheux, est-ce que, trop souvent, le foie, l'estomac, les reins ne deviennent pas cancéreux à leur tour ? Un homme a succombé dernièrement, dans notre salle Saint-Charles, à un cancer de l'estomac ; il s'était plaint dans ses derniers jours de douleurs lombaires ; or, à l'autopsie, nous avons trouvé le cancer non pas seulement dans l'estomac, mais aussi dans le corps de plusieurs vertèbres dorso-lombaires.

Chez la malade qui nous occupe, au contraire, l'autopsie, soigneusement faite, nous a montré que toutes, absolument toutes les tumeurs existaient exclusivement dans un seul et même tissu, le tissu fibreux. Corps fibreux de la peau, aponévrose péricrânienne, dure-mère, voilà leur siége exclusif : les séreuses, les viscères, les os, les muscles en sont parfaitement indemnes. Or ce n'est pas ainsi, nous le répétons, que le cancer se généralise.

Ainsi donc l'étrange maladie dont nous vous soumettons l'étude se sépare, se différencie du cancer sous tous les rapports ; *cliniquement*, elle n'est point un cancer, nous croyons vous l'avoir démontré.

Histologiquement, elle n'est pas davantage un cancer, puisque l'examen micrographique, fait à plusieurs reprises pendant la vie et après la mort, n'a pu faire découvrir aucun élément constitutif du cancer.

Quel est donc le tissu qui compose toutes ces innombrables tumeurs? Le microscope nous le dit, c'est du tissu fibreux; et quelle est cette maladie bizarre, sinon *une diathèse spéciale, sous l'influence de laquelle le tissu fibreux de l'économie a produit des nodosités, des tumeurs, des excroissances de même nature que lui, fibreuses comme lui, dont elles sont une émanation et comme une partie intégrante? Aussi nous la dénommons* DIATHÈSE FIBROMIQUE, *c'est-à-dire diathèse constituée par la production de tumeurs fibreuses ou fibrômes généralisés, partout où existe le tissu fibreux.*

Comme un nouvel appoint à notre démonstration et comme un témoignage de plus en faveur et à l'appui de l'opinion que nous soutenons, rappelons ici que, à l'autopsie, nous avons trouvé développés, au centre du

tissu utérin, deux corps incontestablement fibreux, parfaitement énucléables, et dont la présence indiquait assez que le tissu fibreux utérin n'était point resté en dehors de la diathèse, et que lui aussi avait produit des fibrômes.

Nous avons donc là une véritable DIATHÈSE FIBROMIQUE, de véritables FIBRÔMES GÉNÉRALISÉS. Cette maladie, cette diathèse n'a point encore été décrite. Virchow dans le chapitre *fibrômes* de son *Traité des tumeurs*, ne cite aucun cas semblable à celui que je viens de vous rapporter.

Cependant dans le premier volume de ses *Archives*, publié en 1847, il rapporte, mais sans détail, un cas analogue au nôtre : « J'ai trouvé, dit-il, répandus sur presque tout le corps d'un jeune homme, une grande quantité de tumeurs de la grosseur d'une tête d'épingle, jusqu'à la grosseur d'un œuf de pigeon, qui offraient la sensation d'inélasticité particulière aux lipômes, et sur lesquels la peau était fortement amincie et par places quelque peu rougie. L'examen microscopique nous a montré que c'étaient des fibrosités (fibrômes) d'un tissu lâche qui prenaient leur origine dans les couches profondes du derme, et qu'il était possible de les énucléer comme les fibroïdes de l'utérus. Le malade nous racontait que des tumeurs semblables se trouvaient sur le corps de son grand-père, de son père et de ses frères. » (*Archives de Virchow*, t. I, 1847.)

Ainsi donc Virchow a observé un fait pathologique qui ressemble à celui que je viens de vous décrire, et il a porté sur ce cas le même diagnostic que nous. C'est une raison de plus pour nous de persévérer dans notre diagnostic, et de conclure avec plus d'assurance en-

core que, chez la malade dont nous venons de vous entretenir, il y avait non point un cancer de la peau, mais des FIBRÔMES GÉNÉRALISÉS. La généralisation de ces *fibrômes*, leur volume considérable, leur quantité innombrable constituent pour ces tumeurs une sorte de *malignité*, non point une malignité *intrinsèque* résultant de leur nature même, nullement; mais une malignité *extrinsèque, secondaire*, et qui se déduit des troubles fonctionnels de toutes sortes que produisent ces tumeurs, par leur multiplicité, par leur grosseur, par les compressions qu'elles exercent, par la gène qu'elles apportent à la circulation artérielle, veineuse, lymphatique, etc., etc.

C'est en considération de cette malignité, et pour rendre mon diagnostic plus exact et plus complet, que je pourrais désigner le cas actuel sous le nom de *fibrômes simples généralisés*. Virchow, qui ne dit qu'un mot des *fibrômes simples*, n'en dit guère plus des *fibrômes malins*. Cependant il en constate l'existence, et conclut, pour ce qui les concerne, *que le petit nombre des observations connues ne permet pas encore d'en faire une description plus précise*.

Mais on pourra m'objecter que je fais ici une dispute de mots; que les fibrômes malins ne sont que de véritables cancers, et que les malades qui en sont atteints en meurent tout aussi bien que d'un cancer. — A cela je répondrai que, parce que des tumeurs doivent avoir la mort pour conséquence, il ne doit pas du tout en résulter que ces tumeurs soient cancéreuses. Les différentes formes de cancer ont des caractères spéciaux; ils ont une évolution spéciale; ils entraînent des complications, des accidents spéciaux; ils ont un mode de

généralisation analogue au mode de généralisation des tubercules, ils pénètrent dans tous les tissus et dans tous les organes; ils tuent les malades par leur malignité propre, par la violence des douleurs, par l'étendue et la profondeur des ulcérations qu'ils produisent, par l'importance des organes qu'ils affectent et dénaturent, et enfin par un véritable empoisonnement général qui résulte de l'imprégnation de la constitution tout entière par leurs sucs ou principes délétères.

Les fibrômes, au contraire, ont une évolution infiniment plus lente; ils sont par eux-mêmes indolents; ils ne se développent que dans le tissu fibreux; lorsqu'ils se généralisent, ce n'est que dans le tissu fibreux seul que s'opère leur multiplication, car ce n'est que là qu'ils peuvent trouver leurs principes nutritifs et constitutifs; ils n'ont point de malignité propre; ils ne déterminent ni ulcérations ni suppurations, et, s'ils finissent par tuer le malade, ce n'est qu'au bout d'un temps très-long, par des troubles fonctionnels de longue date, et par l'altération progressive de la constitution, épuisée pour avoir eu à subvenir à la formation et au développement de produits si abondants, si volumineux, et en nombre si considérable.

Ainsi donc, *cliniquement* et *histologiquement*, les mots *cancer* et *fibrôme* représentent deux entités morbides, deux principes différents, essentiellement distincts par leur siége anatomique, par leurs manifestations, par leur marche, par les accidents qu'ils produisent, distincts encore par leurs éléments constitutifs, ainsi que le démontre le microscope.

QUARANTE ET UNIÈME LEÇON

Traitement des maladies de la peau. — Traitement externe.

Messieurs,

L'expérience de tous les jours nous apprend que le traitement des maladies de la peau est peu connu ; guidé par un aveugle empirisme, il se résume habituellement en pommades ou onguents, employés indistinctement, sans discernement et sans aucune raison scientifique. Quatre ou cinq substances, toujours les mêmes : le soufre, le camphre, l'iodure de potassium, le sublimé, le sous-carbonate de soude, constituent la partie active des pommades ou des solutions prescrites comme topiques, et, dans l'immense majorité des cas, il en résulte une médication incendiaire, désastreuse, qui éternise le mal en l'aggravant. Ces conséquences déplorables, qui sont notoires et se répètent journellement, n'empêchent pas de persévérer dans les mêmes errements ; et trop souvent nous sommes appelé à voir des eczémas aigus et fluents, plongés dans des bains sulfureux ou alcalins, et frottés avec du camphre ou du sublimé. D'autres fois, le mercure et l'iodure de potassium sont mis en usage *intus et extra*, et continués avec acharnement pendant

des mois entiers, pour combattre les affections les plus simples, les plus innocentes et les plus indemnes de la syphilis, pour peu que ces affections aient le malheur de siéger aux environs des organes génitaux. Ce n'est pas seulement aux consultations de l'hôpital que nous avons à constater les effets si fâcheux d'un pareil traitement ; la clientèle civile nous en offre des exemples non moins fréquents et non moins malheureux. Ainsi chaque année, à l'automne, nous voyons des malades, envoyés à tort, et contre toute raison, à des eaux minérales excitantes et fortement minéralisées, telles que les eaux de Baréges, d'Uriage, de Bagnères-de-Luchon et de Louëche, en revenir avec les exacerbations les plus douloureuses et quelquefois les plus graves. La répétition presque journalière de faits semblables ou analogues nous a donné l'idée de vous exposer d'une manière simple et pratique le traitement méthodique et raisonné des maladies de la peau ; une première leçon sera spécialement et exclusivement consacrée au traitement local ou externe, et une deuxième au traitement général ou interne.

Rappelons d'abord qu'un bon traitement suppose un bon diagnostic ; si nous ne voulons pas faire une médication sans raison, empirique et d'aventure, commençons par établir très-nettement le diagnostic de la maladie, non pas seulement au point de vue du genre et de l'espèce auxquels elle appartient, mais encore au point de vue de sa nature. Rappelons encore que, parmi les maladies de la peau, toutes celles qui sont *symptomatiques*, c'est-à-dire celles qui relèvent de troubles internes passagers, accidentels ou durables, tels que les diathèses, et ce sont de beaucoup les plus nombreuses

et les plus importantes, exigent un double traitement : un traitement local et un traitement général interne, altérant ou diathésique ; aujourd'hui nous ne parlerons que du traitement local.

1° Dermatoses symptomatiques de troubles gastriques. — Il y en a deux principales : la première, c'est l'*érythème* dans sa forme papuleuse ; il succède à des excès, à des écarts de régime, à l'ingestion de substances alimentaires ou médicamenteuses difficiles à digérer (érythème copahique). Traitement local absolument nul ; les papules érythémateuses disparaissent d'elles-mêmes. La deuxième, c'est l'*urticaire*, tantôt avec sa forme aiguë (*urticaria febrilis*), et tantôt avec sa forme chronique, si longue, si tenace, si désespérante par le retour périodique des démangeaisons insupportables et des atroces cuissons qu'elle occasionne (*urticaria evanida*). Eh bien ! dans l'une et l'autre de ces deux formes, pas de traitement local. Tous les bains émollients, sulfureux, alcalins ; toutes les frictions vinaigrées, oléagineuses, alcooliques ; toutes les pommades ; tous les baumes que nous voyons habituellement employés dans l'*urticaire chronique* n'ont pas d'autre résultat que d'augmenter l'intensité de ses manifestations, et par conséquent les souffrances du malade.

2° Dermatoses pyrexiques, exanthématiques, vésiculo-pustuleuses. — *Roséole*, *rougeole*, *scarlatine*, *varioloïde*, *variole*, *fièvre herpétique*, *ecthymateuse*, *miliaire*. — Pas de traitement local, excepté dans la variole ; des soins hygiéniques de propreté et quelques applications graisseuses destinées à protéger les ouvertures naturelles.

Pas de traitement local non plus dans l'*érysipèle simple*. Les cataplasmes, les pommades, les graisses, l'onguent napolitain, les fomentations émollientes, les badigeonnages avec le collodion riciné élastique, n'ont jamais diminué beaucoup ni son intensité ni sa durée, et ne sont qu'une gêne et un ennui de plus pour le patient. Mais si l'érysipèle devient *phlegmoneux* et surtout *gangréneux*, débridements immédiats, larges, multiples et profonds; en même temps, badigeonnages répétés des parties malades avec la solution suivante, dont l'idée première appartient à Trousseau, et qui nous a maintes fois réussi à nous-même :

Éther sulfurique.	100 grammes.
Camphre.	100 grammes.

Si l'érysipèle menace de monter sur le cuir chevelu, vésicatoire à la nuque; s'il est ambulant et qu'il tende à se propager davantage, un vésicatoire à cheval sur sa ligne de pourtour et sur les parties saines, afin de le fixer et de l'arrêter dans sa marche serpigineuse; on pourra encore, dans ce cas, badigeonner largement toutes les surfaces érysipélateuses avec la solution camphrée précédente.

3° Dermatoses herpétiques humides.—*Eczéma, impétigo, eczéma lichénoïde* (*lichen agrius*), *eczéma impétigineux, ecthyma, pemphigus.* — Au point de vue du traitement local, les herpétides humides, c'est-à-dire celles qui sont caractérisées par une sécrétion séro-gommeuse, séreuse, purulente ou séro-purulente, dont la concrétion donne lieu à des croûtes, doivent être rangées dans

une classe à part et tout à fait distincte de la classe des herpétides sèches.

Eczéma. — Qu'est-ce que l'eczéma? C'est une inflammation aiguë ou chronique de la peau, caractérisée quelquefois par la production de squames, mais plus souvent par la sécrétion d'un liquide séro-gommeux qui se produit, soit dans des vésicules, soit sur des surfaces dermiques exulcérées exhalantes, et qui se solidifie en forme de croûtes lamelleuses. Ainsi donc l'eczéma est une inflammation; par conséquent, il doit être traité par des moyens antiphlogistiques ou du moins émollients. Il faut éviter soigneusement tout ce qui est excitant; il faut mettre les parties malades à l'abri du contact de l'air et des vicissitudes de la température, les préserver des frottements qu'elles peuvent exercer les unes sur les autres dans les divers mouvements, ou dont elles peuvent être l'objet de la part des vêtements et des pièces de pansement; il faut les isoler les unes des autres, et ne les couvrir d'aucune substance susceptible d'être ou de devenir irritante. Donc toutes les pommades, quelles qu'elles soient, même les plus anodines, sont mauvaises et doivent être interdites. En effet, les corps gras qui en sont la base, sous l'influence du temps de l'action de l'air, de la température des parties malades et des mélanges des liquides exhalés, subissent plus ou moins rapidement la fermentation acide; ils rancissent, et, par conséquent, deviennent des irritants. Si les pommades les plus douces et les plus innocentes doivent toujours être rejetées, par cela seul qu'elles sont à base d'axonge, d'huile ou de glycérine, à plus forte raison faut-il bannir du traitement de l'eczéma tous les to-

piques, liniments, onguents ou pommades dont la composition chimique est irritante par elle-même : ainsi, par exemple, tous ceux qui contiennent du soufre, du camphre, du sublimé ou un sel alcalin. Les bains sulfureux, naturels ou artificiels, les bains salés, les bains de mer, les bains alcalins sont également mauvais et constituent, avec les applications susnommées, cette médication insensée et incendiaire dont nous parlions plus haut et dont nous sommes si souvent à même de constater les désastreux effets.

Dès lors que l'eczéma, en vertu et par le fait même de sa nature phlegmasique, est constamment aggravé dans l'intensité de ses manifestations, et indéfiniment entretenu par tout ce qui peut être une cause immédiate ou éloignée, directe ou indirecte d'irritation, il faut donc le combattre par des moyens purement émollients. Or, qu'y a-t-il de plus émollient que les cataplasmes? Mais de quels cataplasmes faut-il se servir? La farine de lin doit être mise de côté, à cause de la facilité avec laquelle elle subit la fermentation acide. Ce fait, qui la transforme en un topique irritant, suffit pour que nous devions en interdire l'usage. Nous donnerons la préférence à la fécule de pommes de terre, qui ne présente pas le même inconvénient. Il faut apporter le plus grand soin dans la confection des cataplasmes de fécule. Si l'on se contentait, comme nous le voyons faire souvent, de délayer la fécule dans de l'eau chaude, on n'obtiendrait qu'une masse plâtreuse, se desséchant rapidement, à surface grenue, inégale et rugueuse, dure et cassante, qui ne serait nullement un cataplasme et dont les inconvénients sont faciles à comprendre. Il faut, de toute nécessité, que la fécule soit soumise à une ébullition assez

prolongée pour que toutes ses molécules soient désagrégées, pénétrées par l'eau, parfaitement cuites et transformées en une gelée transparente et homogène. Voilà comment les cataplasmes doivent être préparés. On les applique à peine tièdes, à une température qui se rapproche de celle de la peau, dont ils ne seront séparés que par une mousseline très-fine ou une gaze spéciale et sans apprêt. On les changera deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, en ayant soin, chaque fois, d'arroser avec de l'eau tiède, émolliente, les parties malades qui ne devront être touchées ni par l'éponge ni par le linge à essuyer, de peur que le plus léger contact ne les irrite et ne déchire la pellicule cicatricielle en voie de formation sur les surfaces exhalantes.

Nous sentons combien ces détails si minutieux et si terre à terre sont peu intéressants; ils seront aussi ennuyeux à lire qu'ils le sont à entendre, et cependant nous ne les croyons pas inutiles; il faut avoir le courage et la patience de tout dire, même les choses les plus petites, les plus simples, et, en apparence, les plus indifférentes, lorsqu'une triste expérience nous apprend qu'elles sont ignorées et que ce sont les malades qui paient les frais de cette regrettable et coupable ignorance.

L'usage des cataplasmes devra être continué jusqu'à la complète guérison, c'est-à-dire jusqu'à la cessation absolue du suintement, jusqu'à la parfaite cicatrisation des surfaces exhalantes, jusqu'à l'extinction de la chaleur, et jusqu'à la disparition de la teinte vernissée, luisante, rougeâtre et à reflets métalliques que présentent les parties malades dans quelques cas, longtemps encore après leur entière dessiccation.

M. le professeur Hardy et M. Colson, de Noyon, ont eu, à peu près en même temps, l'ingénieuse idée de proposer, pour remplacer les cataplasmes, l'emploi du caoutchouc vulcanisé ; ce mode de pansement est excellent, très-pratique, facile, moins fatigant et moins désagréable que les cataplasmes ; nous y avons recours très-souvent, nous en recueillons de très-bons résultats ; aussi nous ne saurions trop en recommander l'usage. Voici comment se font les pansements : on enveloppe les parties malades d'une toile de caoutchouc vulcanisé que l'on maintient en contact avec elles, directement et sans aucun intermédiaire, au moyen de tours de bande ; le contact doit être immédiat, mais sans aucune compression. On renouvelle le pansement une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, suivant le plus ou moins d'abondance du liquide exhalé. La toile vulcanisée mouillée est soigneusement lavée, puis on la laisse exposée à l'air jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement sèche. Pendant ce temps-là, elle a été remplacée par une seconde, appliquée tout de suite après l'enlèvement de la première, de manière à ne laisser les parties malades subir le contact de l'air que juste le temps nécessaire pour les laver, suivant le procédé indiqué plus haut. Que se passe-t-il? Le caoutchouc, par son imperméabilité, empêche la transmission au dehors et l'évaporation du liquide séro-gommeux sécrété par les surfaces exhalantes, de la sécrétion sudorale, et de la perspiration cutanée sensible et insensible. Il en résulte que les parties malades sont constamment entourées d'une atmosphère humide, et comme plongées dans un bain permanent à température fixe et invariable ; c'est là assurément la réalisation des meilleures conditions anti-

phlogistiques et émollientes. Le caoutchouc vulcanisé peut être appliqué sur toutes les régions du corps. Dans les cas d'eczéma très-étendu, généralisé et occupant tout le tronc, où, en raison même de sa grande surface, les cataplasmes seraient impossibles à employer, il est d'un usage extrêmement facile et commode; on en fait de véritables gilets, de véritables chemises, des pantalons, que le malade revêt comme un vêtement. Dans les cas où l'eczéma siége à la face, on en fait un masque avec des trous correspondant aux ouvertures naturelles, masque qui s'applique hermétiquement sur tous les contours du visage, et qui s'y maintient très-solide, au moyen de coulisses, ou d'élastiques fixés sous les régions sous-maxillaires, temporales et syncipitales. Ainsi donc, le traitement local ou externe de l'eczéma peut consister indifféremment en cataplasmes de fécule de pommes de terre, ou en caoutchouc vulcanisé. Ces deux moyens peuvent être employés seuls et à l'exclusion l'un de l'autre, ou alternativement, et leur usage doit être continué, nous croyons devoir le répéter, jusqu'à l'extinction complète de l'inflammation qui constitue l'eczéma, jusqu'à la cessation de toute sécrétion humide, jusqu'à ce que les parties malades aient repris leur aspect normal et leur état physiologique habituel.

Dans tout le cours de ce traitement, toujours long, les bains sont indiqués. Ces bains doivent toujours être émollients (bains de son, bains d'eau de guimauve, bains amidonnés tièdes). Suivant la saison, l'âge et la force du malade, on peut en faire prendre un tous les jours, ou tous les deux ou trois jours. Seulement, si l'eczéma est aigu et abondamment fluent et que la température soit froide, il faut se défier des bains, qui ont l'inconvénient

possible d'être suivis de refroidissement, dont la conséquence pourrait être une brusque suppression de la sécrétion eczémateuse, amenant une répercussion ou métastase sur les organes intérieurs. Cet accident, dont nous avons malheureusement vu des exemples, est toujours de la plus haute gravité, et on ne saurait prendre trop de précautions pour le prévenir. Les bains contenant du soufre, du sublimé, un sel alcalin, étant irritants, ne doivent jamais être prescrits; dans la période d'état de l'eczéma, ils augmenteraient l'intensité de ses manifestations; dans sa période de déclin, ils rallumeraient l'inflammation incomplétement éteinte.

Si l'eczéma siége à la partie inférieure du tronc, et aux membres abdominaux, et qu'il ait une notable acuïté, il faut de toute nécessité prescrire le lit, et l'immobilité dans une position horizontale; car, sans cette précaution, les parties malades, se trouvant dans la déclivité, seraient, par cela même, entretenues dans un état de congestion passive, qui augmenterait l'inflammation et qui empêcherait tout travail de résolution et de cicatrisation. Le mouvement et les frottements résultant de la marche et du contact des vêtements auraient encore de plus fâcheuses conséquences; et c'est parce que cette double et impérieuse indication de la position horizontale et de l'immobilisation n'est pas remplie, que nous voyons si souvent l'eczéma des jambes avoir une durée interminable et présenter des caractères d'une si haute gravité : amincir, dénaturer la peau, et creuser des ulcérations quelquefois si étendues et si profondes, d'une guérison toujours très-lente et très-difficile, et qui récidivent avec une si désespérante fréquence.

Impétigo. — Dans l'impétigo, en raison de la grande épaisseur des croûtes, il faut donner la préférence aux cataplasmes de fécule, qui réussissent mieux et plus vite que le caoutchouc vulcanisé à les détremper et à éteindre l'inflammation dermique. Les cataplasmes doivent être appliqués suivant les règles que nous avons établies pour l'eczéma, et généralement ils amènent la guérison dans l'espace de un à deux septénaires.

L'*eczéma lichénoïde* (lichen agrius) et l'*eczéma impétigineux* seront encore traités par les cataplasmes de fécule : c'est là le topique par excellence; les bains émollients locaux et généraux ne doivent pas être négligés. Même traitement pour l'*ecthyma*, quand il est circonscrit et qu'il ne se présente pas avec les caractères malins dont nous parlerons plus loin.

Le *pemphigus* donne lieu à des indications thérapeutiques différentes : les bulles ou phlyctènes qui le constituent, souvent très-nombreuses et d'une dimension très-considérable, quand elles sont ouvertes, laissent s'écouler le liquide séreux qu'elles contiennent ; de plus, elles laissent à nu toutes les surfaces dermiques qu'elles recouvraient; or la sérosité qui s'écoule est pour le malade une perte de sa substance, et par conséquent une cause d'affaiblissement; d'autre part, les surfaces dermiques, mises à nu, sont irritées par le contact de l'air, par le contact et les adhérences des vêtements ou des pièces de pansement ; de là augmentation de leur sécrétion morbide et de leur inflammation, et, par conséquent, douleur, fièvre et aggravation des symptômes généraux. Il faut donc, pour parer à ces accidents, s'efforcer de ménager les bulles et d'empêcher leur ouverture, afin de favoriser, autant que possible, la

résorption du liquide qu'elles contiennent et la cicatrisation des surfaces ulcérées, pour lesquelles elles sont un organe protecteur. Or la poudre d'amidon, employée très-largement, de manière à former sur toutes les parties malades une couche épaisse, siccative, isolante, est un moyen excellent et que nous recommandons. Notre collègue, M. Hillairet, se sert, dans le même but, du pansement par occlusion, fait avec de la ouate, tel que l'a préconisé M. Alphonse Guérin pour les plaies consécutives à certaines opérations chirurgicales. Nous avons employé aussi quelquefois ce mode de pansement avec des résultats satisfaisants, et nous le croyons appelé à rendre de grands services.

4° Dermatoses herpétiques sèches (*Psoriasis, pityriasis, prurigo, lichen, ichthyose*). — *Psoriasis.* — Qu'est-ce que le psoriasis? C'est une altération grave, profonde, et à forme chronique, de la vitalité de la peau, en vertu de laquelle le derme se congestionne, et s'indure partiellement, de manière à former des élevures, papules, ou plaques saillantes, de dimensions très-variables, dont le pourtour est d'une couleur rouge brunâtre, et dont la surface, de la même coloration, est couverte d'une sécrétion épidermique vicieuse, sous forme d'écailles ou squames épaisses, sèches, imbriquées, fortement adhérentes, et d'une couleur blanche, argentée ou plâtreuse.

Or, d'après ces données anatomo-pathologiques, quelles sont les indications à remplir dans le traitement local du psoriasis? Il y en a deux ; il faut : 1° faire disparaître ces squames, si dures, si larges, si adhérentes les unes aux autres, et si adhérentes en même temps

aux parties tégumentaires sous-jacentes ; 2° il faut empêcher qu'elles ne se reforment, les détruire à mesure qu'elles se reproduisent, et, comme elles sont le résultat de la sécrétion morbide qui s'opère à la surface des plaques ou élevures que forme le derme malade, épaissi et induré, il faut agir sur ces plaques elles-mêmes, les détruire à leur tour, les niveler, effacer leur coloration, en même temps que leur relief, modifier l'innervation et la vitalité déviées de toutes les parties du derme qui les constituaient, et les ramener ainsi à leur état physiologique et à la sécrétion d'un épiderme normal. Ce double résultat sera obtenu par des frictions, et par l'usage de liniments et de bains doués de propriétes altérantes. De tous ces liniments, celui qui réussit le plus sûrement, c'est l'huile de cade ; cette huile s'obtient par la distillation du goudron végétal que fournissent les essences résineuses de la grande famille des Conifères, et en particulier le *Juniperus sabina*, ou genévrier, qui, seul, donne l'huile de cade vraie et réellement efficace Pour que son action soit utile, il faut que l'huile ait été bien préparée et qu'elle soit de qualité supérieure. On l'emploie pure, si la peau peut la supporter ; mais si la peau est très-sensible, et si elle devenait, à son contact, douloureuse, turgescente, tendue, et le siége d'une éruption papuleuse spéciale, appelée *éruption cadique*, on serait obligé de supprimer temporairement l'huile de cade et de réparer ses effets trop irritants par des cataplasmes et des bains émollients ; c'est là un des inconvénients de ce traitement, assez commun malheureusement. On peut le prévenir en n'employant pas l'huile de cade pure, en la mitigeant, soit avec de l'huile d'amandes douces, soit avec du glycérolé d'amidon. Que

l'huile de cade soit mise en usage pure ou incorporée dans des proportions variables au glycérolé d'amidon, voici comment on procède : deux fois par jour on en étend une couche, non pas seulement sur toutes les parties malades, mais sur toute la surface du corps. Pour en faciliter l'absorption, pour mieux user et mieux détacher les squames, et pour agir plus énergiquement sur les élevures et sur les plaques psoriasiques, à ce badigeonnage on joint une friction faite soit avec la main, soit avec le linge qui sert au badigeonnage. Tous les jours également, on prescrit un bain tenant en dissolution de 5 à 800 grammes de sous-carbonate de soude. Si les surfaces psoriasiques sont très-épaisses, très-dures, pour mieux les modifier, on peut recourir aux bains et aux douches de vapeur, qui seront alternés avec les bains alcalins. Ainsi, frictions générales avec l'huile de cade pure ou mitigée, bains alcalins, bains de vapeur, tel est le traitement externe du psoriasis. Il doit être continué pendant un temps toujours très-long, pendant deux, trois, quatre mois, et quelquefois davantage. On ne doit le cesser qu'après le nivellement complet des surfaces psoriasiques et qu'après la disparition de la coloration rouge brunâtre qu'elles laissent après elles et qui est toujours très-persistante. Sous l'influence de ce traitement, on voit disparaître les squames d'abord, puis les élevures s'affaisser progressivement, et enfin leur coloration s'effacer.

L'huile de cade est aussi le meilleur topique pour combattre le *pityriasis chronique*, le *pityriasis alba*, qui fournit les squames ou pellicules furfuracées si abondantes et si désagréables sur le cuir chevelu, et quelquefois aussi dans les sourcils, sur la figure et sur les parties

supérieures du tronc; des frictions douces avec l'huile de cade pure ou mitigée et des lotions alcalines, alternées avec ces frictions, en triomphent assez promptement.

Dans le *prurigo*, qui a reçu les dénominations de *prurigo ferox* et de *prurigo formicans*, en raison des horribles démangeaisons qu'il occasionne, les badigeonnages et les frictions avec l'huile de cade, alternés avec des bains fortement alcalins, amèneront un prompt soulagement; nous recommandons spécialement cette médication, qui nous a donné souvent les meilleurs résultats. Dans cette forme particulière de *prurigo*, qui siége aux parties génitales de l'homme et surtout de la femme (*prurigo scrotal, anal, vulvaire*), qui est moins un prurigo qu'une *hypéresthésie* de la peau et de la muqueuse, ce sont encore les modificateurs, les excitants, les irritants locaux qui réussissent le mieux : l'huile de cade, la teinture d'iode, le sublimé. Nous employons surtout avec avantage la solution suivante :

Eau.	120 grammes.
Sublimé	1 gramme.

Mettre une cuillerée à café de cette solution dans un quart de verre d'eau froide, et faire trois ou quatre fois par jour des lotions prolongées, ne pas essuyer, et saupoudrer les parties humides avec de la poudre d'amidon. Certaines applications hydrothérapiques, telles que les douches d'eau froide, en colonne ou en arrosoir, dirigées avec force sur les régions malades, donnent encore de bons résultats.

Le *lichen aigu* devra être combattu par des cataplasmes et des bains émollients. Les applications émol-

lientes, les douches de vapeur, alternées avec les altérants, tels que l'huile de cade pure, ou les cathérétiques, tels que la teinture d'iode caustique, sont employés avec succès contre l'épaississement et l'induration de la peau qu'amène le *lichen chronique;* ils amolliront, détremperont, useront et détruiront, couche par couche, comme le ferait un rabot, la peau cornée devenue calleuse, rigide et pachydermisée, et la rétabliront ainsi progressivement dans son état physiologique.

Dans l'*ichthyose*, notre collègue, M. Lailler, emploie avec succès les frictions de glycérolé d'amidon, alternées avec les bains de vapeur et les bains alcalins. Cette médication très-simple détruit rapidement les caractères ichthyosiques de la peau, pour lui rendre sa souplesse, sa finesse et son humidité naturelles, mais tout cela, bien entendu, jusqu'à la réapparition plus ou moins tardive des mêmes phénomènes morbides.

5° Dermatoses syphilitiques. — Les manifestations cutanées *secondaires précoces* de la syphilis, telles que la *roséole*, les *syphilides papuleuses*, *papulo-squameuses*, *tuberculeuses*, *tuberculo-squameuses* et *vésiculeuses*, ne comportent aucun traitement local; il en est de même des manifestations *tardives* non ulcéreuses, telles que la *roséole circinée*, les *syphilides en groupe*, les *syphilides papulo-tuberculeuses circinées* et les *syphilides pigmentaires*. Quant aux *tubercules muqueux*, *accidents secondaires*, *à la fois précoces et tardifs*, si on les abandonnait à eux-mêmes, ils prendraient des proportions considérables; en s'élargissant, ils deviendraient confluents, se souderaient les uns aux autres pour former des *plaques muqueuses*, lesquelles, à leur tour, s'éten-

dant, de plus en plus, en surface et formant des saillies de plus en plus considérables, avec ou sans ulcération, avec ou sans suintement, constitueraient des *plaques muqueuses végétantes;* en d'autres termes, des *végétations syphilitiques.* Il faut donc traiter le tubercule muqueux localement dès qu'il apparaît : une, deux ou trois cautérisations successives avec le nitrate d'argent suffisent habituellement pour en avoir raison. Mais il faut bien savoir qu'il a une très-grande tendance à se reproduire ; il faut se tenir prêt à le voir repousser, et il faut avertir les malades de ses repullulations probables; on ne doit pas non plus oublier que les tubercules muqueux s'inoculent d'eux-mêmes sur la peau avec laquelle ils sont en contact; par conséquent, les parties qui en sont chargées doivent être isolées des parties avec lesquelles elles sont habituellement en contact. Cette multiplication des tubercules muqueux par leur propre inoculation est une raison de plus de les réprimer par des cautérisations aussitôt qu'ils apparaissent.

Les manifestations syphilitiques cutanées *tertiaires,* dont le caractère est l'ulcération, ne nécessitent pas toujours de traitement local. Si les ulcérations sont recouvertes de croûtes, comme dans l'*ecthyma* et le *rupia* syphilitiques et dans la syphilide *pustulo-crustacée*, il faut se garder de toucher aux croûtes ; on doit, au contraire, les ménager avec le plus grand soin et les mettre à l'abri de toute atteinte, car elles sont, pour les ulcérations sous-jacentes, un organe protecteur. Lorsque, sous l'influence d'un traitement interne convenable, les ulcérations se sont cicatrisées, alors les croûtes se détachent d'elles-mêmes et laissent voir une cicatrice parfaite ; si, au contraire, les ulcérations sont à ciel ouvert,

elles devront être l'objet d'un traitement spécial : 1° empêcher qu'elles ne soient dans une position déclive ; ainsi, lorsqu'elles siégent aux parties inférieures du tronc, au pourtour des organes génitaux, et surtout aux membres inférieurs, exiger que le malade reste au lit, dans la position horizontale; 2° les préserver de tout contact irritant, de tout frottement, de toute adhérence aux vêtements, ou aux pièces de pansement; 3° les couvrir de cataplasmes de fécule de pommes de terre, si les tissus ambiants sont enflammés, et si elles deviennent le siége d'un travail réparateur normal; si, au contraire, elles ont un mauvais aspect, et que leur fond reste grisâtre, il faudra recourir à des topiques altérants, excitants et souvent caustiques; ainsi on emploiera le vin aromatique, la solution de chlorure de chaux, l'eau phéniquée, l'onguent styrax, l'iodoforme, la teinture d'iode, le nitrate d'argent.

6° Dermatoses scrofuleuses. — Trois lésions ou altérations anatomiques principales résument les caractères des *scrofulides :* 1° l'hypertrophie des tissus; 2° les tubercules; 3° les ulcérations. Lorsque la première de ces altérations existe seule, comme dans l'épaississement des lèvres et des ailes du nez, on se trouve en présence d'une difformité plutôt que d'une lésion véritable, et le traitement local doit être nul. Mais si à l'hypertrophie est jointe la coloration rouge violacée spéciale à la scrofule, qui caractérise l'érythème scrofuleux, avec ou sans squames, les cataplasmes de fécule de pommes de terre seront indiqués; nous les avons vus, en pareil cas, produire de bons résultats. En cas d'insuccès, les badigeonnages à l'huile de cade, à la teinture d'iode,

opèrent quelquefois une heureuse modification. Si l'action de ces altérants reste nulle ou insuffisante, il ne faut pas hésiter à faire usage de topiques ayant une puissance modificatrice plus considérable ; ainsi, la pommade suivante :

Axonge fraîche lavée.	15 grammes.
Biiodure de mercure . . 5, 10 ou	15 grammes.

Une couche de cette pommade étendue sur les parties malades y détermine une violente inflammation, qui se caractérise par un véritable impétigo. Or cette inflammation intense, aiguë et artificielle, surtout lorsqu'elle est renouvelée plusieurs fois, par de nouvelles applications de la même pommade, faites après la chute des croûtes impétigineuses, amène habituellement une modification profonde dans la vitalité des tissus cutanés et sous-cutanés, et cette modification se traduit souvent par la disparition de l'hypertrophie et de la coloration morbides ; nous avons eu plusieurs fois l'occasion de le constater. Nous avons vu bien des fois aussi la même pommade appliquée sur les tubercules strumeux, qui, abandonnés à eux-mêmes, deviennent le siége et le point de départ de l'ulcération, finir par détruire progressivement ces tubercules, les niveler et en effacer toute trace. Dans le cas où l'induration tuberculeuse est assez profonde et assez considérable pour résister à l'action de cette pommade, nous n'hésitons pas à recourir au caustique de Vienne ou au caustique sulfo-safrané. Lorsqu'on se trouve en présence de l'ulcération strumeuse réalisée, et constituant, par des destructions de tissus plus ou moins étendues ou plus ou moins profondes, ce que l'on appelait autrefois le *lupus vorax*, en superficie ou en

elles devront être l'ob… … ulcération, que
pêcher qu'elles ne … … tendance fatale à
ainsi, lorsqu'elles … …u de plus en plus
tronc, au pourtour … … nature essentielle-
membres inférieur… …ger les conditions de
dans la position … … applications réitérées
contact irritant … … de mercure ou de
aux vêtements … … dans la plupart des
vrir de catap… … conséquent préparer les
les tissus an… …catriciel.
nent le siég… …uleuses sont recouver-
traire, elle … … *scrofulide pustulo-crus-*
reste gris… … pensons que le mieux
excitants … …trices, et de ne faire
vin aron… … cependant que, malgré
phéniqu… …on ne fasse des progrès
d'iode. … … faudrait pas hésiter à
…er directement l'ulcéra-
6° … …ques altérants ou causti-
tératio…
tères …
tuberc… …. — Toute maladie de la
ces alt… … dépendant de l'existence
ment … …mique d'un parasite ani-
présence… … trois indications différen-
table, et … …ations inflammatoires qui
pertrophi… …t parasiticide, commencer
ciale à la … …. d'après les données thé-
avec ou … … exposées ; 2° appliquer le
pommes d… …igner les accidents inflam-
pareil cas, p… … conséquence de ce traite-
les badigeon… …faitement établi par notre

ami le docteur Piogey, dans un remarquable mémoire qui, en 1850, a reçu les honneurs du prix Montyon, et par nos savants maîtres et collègues, MM. Bazin et Hardy, dont les beaux travaux sur ce sujet en particulier sont assez connus pour que nous n'ayons pas besoin d'en parler plus au long.

8° Dermatoses saisonnières. — Lorsqu'elles sont limitées sur une région peu étendue, des applications émollientes sont indiquées. Dans le zona, nous obtenons les meilleurs résultats du traitement suivant, sur lequel nous appelons l'attention. Nous faisons badigeonner les parties malades plusieurs jours de suite, en ayant soin d'étendre successivement les nouvelles couches du badigeon sur les anciennes, avec le collodion riciné élastique. Ce topique nous donne un triple avantage : 1° par sa composition chimique, il est un anesthésique local ; 2° en se solidifiant, il exerce une compression uniforme sur les parties malades ; 3° il les recouvre d'un feutrage épais et imperméable, qui les met à l'abri du contact de l'air et de toutes ses conséquences fâcheuses. Toutes les fois que nous avons employé ce topique, nous n'avons que très-rarement constaté l'existence de ces douleurs névralgiques si intenses et si tenaces, toujours à redouter pendant et après le zona. Cette immunité s'explique parfaitement par le triple mode d'action du collodion riciné élastique.

Terminons cette leçon à la fois trop longue et trop courte ; ne pouvant tout dire, nous avons dû nous borner à une esquisse rapide et nécessairement incomplète des principaux traits du traitement externe des différentes dermatoses ; dans notre prochaine leçon, nous aborderons la question du traitement interne.

QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON

Traitement des maladies de la peau. — Traitement interne.

Messieurs,

Nous vous avons dit, dans notre dernière leçon, que le TRAITEMENT EXTERNE des maladies de la peau est trop souvent mal compris, irrationnel, contraire aux indications, et soumis à toutes les excentricités du plus aveugle empirisme. Il en est de même, malheureusement, du TRAITEMENT INTERNE; nous le voyons tous les jours conduit sans règle ni mesure, et livré à tous les tâtonnements, à tout le vague et à toutes les erreurs de l'absence la plus complète d'une saine méthode. Tantôt ce sont des dermatoses *herpétiques*, *scrofuleuses* ou *syphilitiques*, dont le caractère diathésique a été méconnu, et contre lesquelles s'acharnent, pendant de longs mois, quand ce n'est pas pendant de longues années, à l'exclusion de tout traitement interne, toutes les pommades, tous les onguents, tous les topiques les plus inefficaces et souvent les plus malfaisants. Tantôt, au contraire, les médicaments les plus énergiquement altérants, le mercure, l'iode, l'arsenic, l'iodure de potassium, les alcalins, sont mis en campagne pour com-

battre les affections cutanées les plus locales et les moins constitutionnelles. Nous voyions dernièrement une dame atteinte d'un prurit vulvaire tenant à une simple hypéresthésie locale, et qui, pour ce fait si innocent, était condamnée, depuis trois ou quatre mois, à avaler tous les jours 2 ou 3 grammes d'iodure de potassium.

Que dire ensuite des doses médicamenteuses en elles-mêmes? L'iodure de potassium est porté quelquefois jusqu'à 4, 5 et 6 grammes par jour : de là des coryzas, des pharyngites, des douleurs gastriques, des vomissements, des diarrhées, des conjonctivites, des poussées érythémateuses sur la peau!... Le mercure, manié avec le même sans-gêne et la même largesse, sous prétexte d'une guérison plus prompte, ne tarde point à produire la salivation, avec le festonnement de la langue, l'ulcération des gencives, le déchaussement et l'ébranlement des dents; aussi quelles frayeurs, quelles appréhensions n'excite-t-il pas dans le public! Et quelle peine n'avons-nous pas souvent à le faire accepter par les malades!

Nous sommes donc trop souvent à même de constater que le traitement interne des maladies de la peau n'est pas mieux connu ni mieux compris que le traitement externe : quelquefois, pas de médication altérante là où elle est le plus indispensable, et quand une médication altérante est prescrite, il est facile de voir que la nature, que le choix, que l'opportunité et que les doses des médicaments sont déterminés, moins par des indications précises d'une clinique éclairée que par les suggestions hasardées et les caprices de l'inexpérience. Nous allons essayer, dans cette leçon très-simple et

très-pratique, de faire, pour le traitement INTERNE des maladies de la peau, ce que nous avons fait, dans notre précédente leçon, pour le traitement EXTERNE : débrouiller ce chaos et mettre un peu d'ordre dans ce désordre, un peu de lumière dans ces ténèbres.

Mais, avant d'aborder successivement chacune des différentes catégories des maladies de la peau, pour indiquer le traitement interne qui convient à chacune d'elles à leurs différentes périodes, il nous a paru bon de commencer par établir quelques principes généraux, essentiellement pratiques et cliniques, sur les conditions que doit remplir tout traitement altérant ou diathésique, quel qu'il soit, pour être valable. Ces conditions peuvent être envisagées à cinq points de vue différents : 1° *La santé du malade;* 2° *l'existence simultanée de plusieurs diathèses*; 3° *le choix et les doses des médicaments altérants;* 4° *l'hygiène du malade;* 5° *la durée du traitement.*

1° DE LA SANTÉ DU MALADE RELATIVEMENT A UN TRAITEMENT ALTÉRANT. — Quand le caractère diathésique d'une affection cutanée quelconque a été reconnu, il ne faut pas croire qu'il n'y ait qu'une chose à faire, combattre immédiatement, et le plus vite possible, cette diathèse par le traitement altérant qui lui convient. Sans doute, c'est la voie dans laquelle il faut entrer; mais, avant de s'y engager, il faut savoir si elle est praticable : assurément, il faut considérer *la maladie;* mais il faut considérer aussi *le malade*. Or les questions thérapeutiques les plus graves sont posées par cette considération clinique du malade, qui ne doit jamais être négligée. Ce n'est pas tout, en effet, que de constater l'indication d'un traite-

ment; il faut voir aussi ses contre-indications. Un traitement altérant, pour être bien supporté, et pour produire les effets que l'on est en droit d'en attendre, suppose nécessairement certaines conditions de santé; et, si ces conditions de santé n'existent pas, ce même traitement, qui devait guérir, aggravera les accidents locaux et généraux et précipitera la catastrophe. Or la condition indispensable de succès pour tout traitement altérant est que, à part la diathèse à combattre, la santé générale soit bonne.

Ainsi il faut : 1° que le tube gastro-intestinal soit dans son état le plus physiologique; qu'il n'y ait ni état saburral des premières voies, ni embarras gastrique, ni diarrhée; car, en pareil cas, les médicaments altérants, quels qu'ils soient, le fer, l'arsenic, l'iode, le mercure, les alcalins, l'huile de foie de morue, ne feraient qu'augmenter les désordres; au lieu d'être digérés, absorbés et assimilés par l'estomac et l'intestin, ils deviendraient pour ces organes, déjà malades, de nouvelles causes d'irritation, de trouble et de malaise, dont le retentissement sur la santé générale ne tarderait pas à être des plus sérieux. Avant de prescrire un traitement altérant quelconque, on ne doit donc jamais manquer d'interroger les fonctions digestives, de voir l'état de la langue, de l'estomac, de l'intestin : s'il y a un désordre, le faire cesser par un régime diététique sagement conduit, par un ou plusieurs vomitifs, une ou plusieurs purgations, par quelques boissons acidules, gazeuses ou amères, et ce ne sera qu'après le retour de l'appétit, et qu'après le rétablissement complet des fonctions gastro-intestinales dans leur état normal qu'on pourra prescrire le traitement altérant convenable.

2° En dehors de l'estomac et de l'intestin, d'autres contre-indications à un traitement altérant sont fournies par ces états mauvais de la santé générale que l'on a désignés sous le nom de *cachexies*. Or, quand on se trouve en présence de la cachexie scrofuleuse, herpétique ou syphilitique, il faut bien se garder d'administrer d'emblée le mercure, l'iodure de potassium, le fer, l'arsenic ou l'huile de foie de morue; ces médicaments ne seraient pas supportés; ils provoqueraient des vomissements, des diarrhées colliquatives, détruiraient complétement l'appétit, etc... Ce que l'on doit faire, en présence de ces cas malheureusement trop fréquents, c'est de s'occuper exclusivement de l'état général du malade, de relever ses forces, surtout par une alimentation choisie, succulente et d'une digestion facile, par des vins généreux, par des boissons alcoolisées; le faire changer d'air, si c'est possible, le placer dans les meilleures conditions d'hygiène au point de vue de l'habitation et de l'aération, etc. Ce premier traitement ne sera que préparatoire, c'est vrai, mais il sera indispensable au succès du traitement altérant. C'est la préparation que l'on fait subir à la terre avant de lui confier la semence, qui ne fructifie que si le terrain a été bien disposé pour la recevoir.

3° Une maladie intercurrente ou accidentelle peut se déclarer et se déclare quelquefois dans le cours d'un traitement altérant; il faut alors cesser immédiatement ce traitement altérant, qui ne serait plus supporté, et que l'on ne reprendra qu'après avoir fait disparaître la maladie intercurrente, par la médication qui lui convient. Ainsi *le mauvais état des voies digestives, le mauvais état de la santé générale et une maladie intercurrente*

sont trois conditions qui contre-indiquent formellement tout traitement altérant, et c'est parce que ces conditions sont méconnues que nous voyons si souvent des traitements altérants produire les plus désastreux effets, tant au point de vue de la santé générale, qu'ils achèvent de dégrader et de détruire, qu'au point de vue des lésions cutanées, que, par suite, ils ne font qu'aggraver. Rappelons, à ce propos, que nous avons établi dans une de nos leçons précédentes combien est grande sur la marche et sur la gravité des maladies de la peau l'influence de la santé générale.

2° De l'existence simultanée de plusieurs diathèses, relativement a un traitement altérant. — Souvent plusieurs diathèses, ou états pathologiques différents, existent à la fois chez le même malade ; ainsi la dartre et la syphilis peuvent être greffées sur la scrofule, le lymphatisme et l'anémie. Or, plus la constitution du malade est défectueuse, plus une diathèse acquise est grave dans ses manifestations, tenace et réfractaire au traitement. Par conséquent, au point de vue de la guérison de cette diathèse, ce sera faire une chose éminemment utile, tout en la combattant par la médication qui lui convient, de combattre en même temps la constitution pathologique native du malade. Ces deux traitements s'adressant simultanément, l'un à une diathèse acquise ou accidentelle, l'autre à un état vicieux primitif, se prêteront un mutuel appui, et recevront l'un de l'autre leur puissance, sinon curative, au moins modificatrice. Ainsi, par exemple, si le syphilitique est en même temps strumeux, ou seulement anémié, nous lui donnerons à la fois le mercure, ou l'iodure de

potassium, et les ferrugineux, les amers et autres reconstituants.

3° Du choix et des doses des médicaments altérants. — La première condition de succès pour un traitement diathésique, c'est la facilité avec laquelle l'estomac et l'intestin supporteront, digéreront et assimileront les médicaments altérants. Il faut que ces médicaments soient acceptés par le tube gastro-intestinal, sans qu'il en résulte pour lui aucun trouble, aucun malaise, aucun désordre; il ne faut pas que le malade s'aperçoive de l'action des médicaments; son appétit ne doit pas en être diminué, ni ses fonctions digestives atteintes en quoi que ce soit. Il faut, par conséquent, apporter le plus grand soin au choix des médicaments et les approprier aux différentes idiosyncrasies. Ne nous obstinons jamais à donner, *quand même*, des médicaments très-bons en eux-mêmes, mais qui, pour certaines natures, ne peuvent être supportés, soit à cause de leur saveur, soit à cause de la difficulté avec laquelle ils sont digérés. Quoi de meilleur, dans la scrofule que l'huile de foie de morue? Et cependant ne la donnons pas si l'estomac ne peut s'y habituer, et si la répugnance qu'elle inspire détruit l'appétit. Quand nous prescrivons des préparations salines, que ce soient toujours de préférence celles qui sont les plus solubles, les plus facilement assimilables par conséquent, et les moins dangereuses à manier. Ainsi, nous donnons toujours l'arsenic en arséniate de soude : tantôt, sous la forme pilulaire, nous prescrivons des pilules contenant chacune 1 milligramme d'arséniate de soude et 10 centigrammes d'un extrait amer et dépuratif, tel que l'extrait de gentiane,

l'extrait de quinquina, ou l'extrait de quassia amara; tantôt, au contraire, nous donnons l'arséniate de soude en solution, dosée comme nous le dirons plus loin. Pour le mercure, nous donnons le plus souvent, sous forme pilulaire, le protoiodure, en l'associant à un extrait amer et à une faible quantité d'opium, pour en faciliter la tolérance. Ce sel nous paraît être celui que l'estomac accepte le mieux et digère le plus facilement. Quelquefois nous donnons le biiodure sous la forme du sirop de Gibert.

Parlons maintenant des doses; gardons-nous de les exagérer; n'oublions pas que les médicaments dits altérants n'agissent, comme tels, qu'à la condition d'être parfaitement digérés et assimilés, sans amener aucun trouble dans l'économie : or, si leurs doses sont trop fortes, ils font vomir, ils purgent; leur action cesse d'être physiologique; elle devient perturbatrice, dangereuse, toxique; elle produit des accidents qui aggravent l'état du malade, imposent un traitement spécial, contre-indiquent la continuation du traitement diathésique, et, par conséquent, ajournent indéfiniment la guérison et engendrent souvent les plus redoutables complications. Ainsi nous voyons des médecins donner le protoiodure d'hydrargyre à la dose de 10 *centigrammes* par jour. Cette dose est certainement trop forte; rarement elle est supportée : elle ne tarde pas à déterminer, avec la salivation, des accidents du côté de la bouche, de l'estomac et de l'intestin; de là, indépendamment des désordres locaux et des troubles fonctionnels, l'amaigrissement et la dégradation de la santé générale. Tandis qu'au contraire, si le protoiodure est donné à plus faible dose, et nous n'allons jamais au delà de 3 *centi-*

grammes par jour, non-seulement il est parfaitement toléré, non-seulement il guérit, mais encore il engraisse, améliore et fortifie la santé générale, si bien que jamais les malades n'ont été plus frais et mieux portants qu'au sortir d'un traitement diathésique sagement conduit.

4° De l'hygiène des malades. — Les diathèses syphilitique et strumeuse, et souvent aussi la diathèse herpétique, usent les forces, et portent une atteinte plus ou moins sérieuse à la vitalité des malades. D'autre part, un traitement altérant, pour être facilement supporté, exige une constitution suffisamment vigoureuse, nous l'avons dit déjà; or ces considérations, qu'il ne faut point perdre de vue, indiquent au clinicien que, pendant un traitement altérant, le malade doit être placé dans les meilleures conditions hygiéniques : 1° alimentation tonique, reconstituante, choisie, et aussi réparatrice que possible; 2° salubrité et large aération des appartements; si cela se peut, l'habitation à la campagne, et dans un air sec et d'une chaleur modérée; 3° absence de toute fatigue, de tout excès et de tout travail. Il ne faut pas oublier que les habitudes du malade et que le milieu dans lequel il est placé exercent toujours une influence capitale sur le succès de toute médication altérante.

5° De la durée d'un traitement altérant. — Qu'est-ce qu'un traitement altérant? C'est celui qui a pour but de modifier une constitution entachée d'un vice accidentel, acquis ou héréditaire. Or la destruction d'un principe vicieux, qui s'est généralisé dans l'économie au point de l'imprégner tout entière, est toujours une

œuvre longue, et difficile à réaliser. C'est toujours l'affaire de plusieurs mois, quand ce n'est pas de plusieurs années. Et si, dans tel ou tel cas, telle ou telle diathèse a été réputée incurable, cela peut tenir à ce que le traitement dirigé contre elle n'a été ni assez bien conduit ni assez longtemps continué. Quand le traitement a été suivi un, deux ou trois mois sans désemparer, il est bon de l'interrompre pendant un temps plus ou moins long, afin de donner au tube gastro-intestinal un repos nécessaire. Il ne faut jamais déclarer le traitement terminé avant que toute manifestation diathésique ait été complétement effacée ; il faut même toujours que le traitement survive aux lésions ; et quand toute trace d'altération cutanée, muqueuse, ganglionnaire ou osseuse a disparu, il faut encore compter sur des réapparitions possibles. Dans le but de les prévenir, il est sage de reprendre, à certains intervalles, à certaines époques, et surtout au printemps et à l'entrée de l'hiver, une médication altérante, même en l'absence de tout accident actuel.

Ces principes généraux posés, abordons maintenant chacune des maladies de la peau en particulier, pour établir le traitement interne qui convient à chacune d'elles.

1° Dermatoses symptomatiques de troubles gastriques. — *Érythème, urticaire.* — L'érythème papuleux ou tuberculeux, et l'urticaire dans sa forme aiguë, n'étant souvent que le retentissement sur la peau, et que l'écho extérieur d'accidents gastriques, indiquent, par cela même, un traitement s'adressant à l'estomac. Dans les cas les plus simples, un ou deux jours de diète, et

quelques boissons acidules ou alcalines suffisent. Si l'état saburral est très-prononcé, il sera bon d'administrer un vomitif, et, les jours suivants, une ou deux purgations salines. En général, on donnera la préférence aux eaux purgatives naturelles, telles que les eaux de Pullna, de Birmenstorff, de Friedericshall, d'Hunyadi-Janos; elles fatiguent moins qu'une purgation officinale; il vaudra mieux les donner à petite dose, un ou deux verres seulement, et en répéter l'usage deux ou trois jours, si c'est nécessaire, que d'administrer d'un seul coup une purgation violente, qui aurait l'inconvénient de fatiguer l'estomac. C'est encore par l'estomac qu'il faudra attaquer l'urticaire chronique, *urticaria evanida*, puisque, coïncidant habituellement avec la dyspepsie, avec l'inappétence et l'atonie des voies digestives, elle peut être considérée comme étant la conséquence de ce désordre gastrique. Donc, agissons sur le tube gastro-intestinal, par une médication à la fois purgative, tonique et stimulante : une, deux ou trois fois par semaine, donnons, le matin, un ou deux verres d'un eau purgative; recourons, en même temps, à la strychnine, vantée avec raison par Boudin contre la gastralgie; c'est un des excitants les plus énergiques; elle saura donner à l'estomac le coup de fouet dont il a besoin pour être réveillé. Faisons précéder chacun des trois repas d'une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Eau distillée.	120 grammes.
Sulfate de strychnine. . . .	1 ou 2 centigrammes.
Sirop de menthe.	30 grammes.

Prescrivons encore, dans le même but, l'élixir stomachique amer de Stoughton, dont les malades prendront

une cuillerée à café dans un quart de verre d'eau; ou bien encore la teinture amère de Baumé, à la dose de une ou deux gouttes, dans une cuillerée d'eau, avant de manger; quelquefois aussi le laudanum, administré de la même manière, et à la même dose que la teinture de Baumé. Ne négligeons pas non plus les diverses eaux minérales qui, par leur composition chimique, sont douées de propriétés stimulantes, toniques et digestives, telles que les eaux de la Bauche, de Marcols, de Royat, de Vals, de Saint-Alban, d'Orezza, de Condillac, de Saint-Galmier.

2° **Dermatoses pyrexiques, exanthématiques, vésiculo-pustuleuses.** — *Roséole, miliaire, fièvre herpétique, zona, rougeole, varioloïde, variole, scarlatine, érysipèle.* — Ces affections ayant une durée fatale, plusieurs médecins sont d'avis qu'elles n'ont pas besoin de traitement, et que toute médication dirigée contre elles est inutile. C'est là une profonde erreur; elles offrent, au contraire, les plus importantes indications thérapeutiques à remplir : ainsi, d'abord, dans leur période prodromique, si l'éruption se fait tardivement et incomplétement, au milieu d'accidents généraux sérieux, un ou deux vomitifs la faciliteront, et amèneront, par cela même, une détente générale. Dans leur période d'état, si la fièvre est intense, si les symptômes inflammatoires sont fortement accusés, la diète, des boissons délayantes, diurétiques, purgatives, des tempérants, tels que l'alcoolature d'aconit, la digitale, modéreront ces manifestations inquiétantes, et pourront détourner ces menaces, toujours si redoutables, de complications cérébrales ou pulmonaires. Si, au contraire, les caractères de l'éruption et de

l'ensemble expriment un état général d'adynamie et de malignité, il faudra se hâter de recourir aux toniques, aux jus de viande, au vin de quinquina, aux infusions excitantes, aux vins généreux et aux boissons fortement alcoolisées. En dehors de ces deux formes extrêmes et opposées, et même lorsque ces affections revêtent leur forme la plus ordinaire et la plus bénigne, il ne faut jamais se départir, envers elles, de la plus active surveillance, de manière à éviter des complications toujours possibles ; ainsi, ne jamais manquer de combattre l'état bilieux par un vomitif, et quelquefois plusieurs purgatifs, et avoir soin d'entretenir, du côté de l'intestin, une dérivation préservatrice et toujours salutaire.

3° **Dermatoses herpétiques, ou dartreuses.** — Toutes ces affections, sèches ou humides, et à types si divers, n'existent que sous l'influence d'un vice général, héréditaire, ou acquis, que nous pourrons appeler, avec M. Bazin, la *dartre* ou l'*herpétis*. Il y a donc, quoi qu'en puisse dire le professeur Hébra, la diathèse ou constitution herpétique ou dartreuse, comme il y a la diathèse paludéenne, syphilitique, scrofuleuse. Par conséquent, il est évident que la guérison de l'*herpétis* suppose de toute nécessité un traitement général, modificateur, altérant. Or, la dartre a-t-elle son mercure ou son sulfate de quinine, autrement dit, son spécifique? Avouons, avec M. Bazin, que non; elle n'a point, malheureusement, de spécifique. Cependant l'arsenic exerce sur elle une action modificatrice incontestable et des plus importantes; cette action est souvent curative, mais souvent aussi, quand elle guérit, ce n'est que pour un temps; et des récidives trop habituelles apprennent que, dans des cas

trop nombreux, la guérison n'avait été qu'apparente et temporaire, et que les malades avaient été seulement nettoyés et blanchis, plutôt que guéris, dans la rigoureuse acception du mot.

Si l'arsenic n'est point, à proprement parler, un spécifique, il est du moins le principal agent de la médication anti-dartreuse ; il la domine, il en est la puissance la plus active, mais il ne la constitue pas à lui tout seul. Tantôt, comme dans les dartres vives, humides et à poussées aiguës, il faut lui préparer les voies et le rendre possible par un traitement antiphlogistique, tempérant, émollient; tantôt, comme dans certaines dartres sèches, telles que le psoriasis et le prurigo, entées sur un tempérament bilieux et sanguin, il faut lui associer des boissons purgatives, rafraîchissantes, dépuratives et alcalines. D'autres fois, comme dans toutes les dartres à types variés, désignées sous le nom vulgaire de *gourmes*, et qui sont liées à l'anémie et au lymphatisme, sans être pour cela de véritables scrofulides, il faudra le donner concurremment avec le fer, avec les iodiques, avec l'huile de foie de morue et les amers. Ainsi donc, le traitement interne des affections cutanées de nature herpétique est complexe et difficile : il est composé de médicaments nombreux, et il doit toujours être modifié, non pas seulement par l'espèce et la période d'évolution des dermatoses, mais encore par la constitution des malades.

Eczéma. — L'eczéma est une inflammation (ἐκζέω, je brûle) ; or dans les premières périodes, celles qui sont caractérisées par la chaleur, la tension et la turgescence de la peau, par des poussées vésiculeuses, par la sécré-

tion séro-gommeuse qui s'opère à la surface du derme ulcéré, et par ces sensations si douloureuses de brûlure et de cuisson qui font le tourment des malades, le traitement interne devra être émollient et antiphlogistique, suivant l'intensité des accidents inflammatoires et l'étendue des surfaces eczémateuses. Dans le cas où les régions atteintes sont vastes et importantes, telles que la face entière et le cuir chevelu, le tronc, les membres inférieurs dans toute leur étendue, il faudra prescrire le repos absolu, une demi-diète, des boissons rafraîchissantes, diurétiques, purgatives et tempérantes, destinées à modérer l'élément inflammatoire et à modifier l'état ou la crase phlegmasique du sang. La sécrétion séro-gommeuse, qui s'opère sur toutes les surfaces dénudées et exulcérées, constitue un véritable catarrhe aigu et inflammatoire de la peau ; or l'usage des diurétiques et des purgatifs répétés produira une dérivation salutaire, et entretiendra, du côté des voies urinaires et intestinales une sorte de catarrhe artificiel et substitutif; le courant morbide qui se portait vers la peau se trouvera ainsi détourné et remplacé par un ou deux autres courants, qui ne seront pas seulement des courants dérivatifs, mais encore des courants dépuratifs; car ils emporteront avec eux beaucoup des principes vicieux contenus dans l'économie, et deviendront des voies d'élimination pour ce que l'on appelait autrefois les *humeurs peccantes*.

Aux boissons essentiellement diurétiques et purgatives, telles que les infusions de pensée sauvage et de séné, les décoctions de chiendent, de pariétaire d'*uva ursi*, de canne de Provence, les diverses eaux minérales purgatives naturelles, les limonades magnésiennes, etc.,

il ne faudra pas négliger d'adjoindre, dans les mêmes périodes de l'eczéma, les médicaments appelés dépuratifs : ainsi, par exemple, la salsepareille. C'est alors encore que sera indiqué, surtout dans les tempéraments bilioso-sanguins, le bicarbonate de soude associé à la salsepareille. Cette préparation officinale, appelée essence alcaline de salsepareille de Fontaine, constitue un médicament dont nous ne saurions trop recommander l'usage.

L'essence de salsepareille, telle que nous la comprenons et telle que nous la prescrivons, est une solution aqueuse et concentrée de tous les principes actifs de la salsepareille. Pour que cette préparation soit bien faite et qu'elle ait une véritable valeur dépurative, il est nécessaire de se servir d'appareils spéciaux, qui conservent et concentrent dans cette essence les principes volatils et les principes fixes de la racine. Or le discrédit dans lequel est tombée la salsepareille, pour beaucoup de médecins, tient assurément à l'emploi de préparations vicieuses, à ces décoctions prolongées au contact de l'air, où les principes actifs sont sacrifiés, les produits volatils étant chassés en vapeur, les produits fixes étant dénaturés ou détruits, au sein même du liquide. Chaque cuillerée d'essence de salsepareille, préparée dans les conditions que nous venons d'indiquer, tient en dissolution un gramme de bicarbonate de soude : nous donnons habituellement quatre cuillerées par jour, en deux doses ; chaque dose est prise, une heure avant le repas, dans un verre d'eau.

Lorsque, sous l'influence de cette médication interne complexe, jointe au traitement externe que nous avons exposé plus haut, les accidents inflammatoires de l'ec-

zéma se sont successivement éteints; lorsque les poussées ont à peu près disparu, ainsi que l'exhalation humide qui en était la conséquence, c'est alors, mais alors seulement, que le moment est venu d'administrer l'arsenic. Plus tôt, l'arsenic n'aurait pas été supporté; il n'aurait fait qu'augmenter l'inflammation de la peau, rendre les poussées plus fréquentes, plus intenses et plus douloureuses, exagérer la sécrétion humide, en un mot, aggraver les accidents. Il faut donc attendre, pour donner l'arsenic, que l'eczéma ait cessé à peu près complétement d'être fluent, et qu'il aït perdu tout caractère d'acuïté. Il n'est pas rare que, sous son influence, l'état aigu paraisse se réveiller, et que de nouvelles poussées se produisent. Ce regain d'acuïté est quelquefois assez intense pour nécessiter la suppression temporaire de l'arsenic et la reprise du traitement précédent. Mais si le retour de l'eczéma à une sorte d'état aigu reste dans des conditions modérées, il faut y voir l'effet naturel et physiologique de l'arsenic; c'est une poussée artificielle qui devient substitutive, et qui, en s'éteignant progressivement, efface en même temps et emporte avec elle les derniers vestiges de l'eczéma, c'est-à-dire les squames et la teinte luisante vernissée. Le traitement arsenical doit toujours être long, et il doit être prolongé au delà de la durée des accidents. Nous administrons toujours l'arsenic à l'état d'arséniate de soude, et sous deux formes différentes :

Tantôt en solution, et voici la formule que nous employons :

Eau distillée.	250 grammes.
Arséniate de soude.	5 centigrammes.

Le malade en prend d'abord deux, puis trois, puis

quatre cuillerées à soupe par jour, ce qui fait 9 et 12 milligrammes.

Tantôt en pilules, dont voici la formule :

Arséniate de soude.	1 milligramme.
Extrait de gentiane.	10 centigrammes.

Le malade en prendra 4, 6, 8 ou 10 par jour. C'est toujours aux repas que nous donnons l'arsenic, une cuillerée de solution à chacun des trois repas, ou deux ou trois pilules à chaque repas. L'arsenic est digéré et assimilé plus facilement quand il se trouve ainsi associé aux aliments.

Les principes thérapeutiques que nous venons d'exposer, à propos du traitement interne de l'eczéma, sont applicables aux autres *herpétides* humides, telles que l'*impétigo*, l'*herpès*, l'*ecthyma*, le *pemphigus*.

Psoriasis. — Le psoriasis ne se présentant jamais avec des allures aiguës ou inflammatoires, et tout, en lui, étant essentiellement chronique et torpide, on peut et on doit, pendant toute sa durée, donner l'arsenic. C'est le médicament par excellence avec lequel il faut le combattre, et, comme pour l'eczéma, l'arsenic doit être continué jusqu'après la disparition de ses dernières traces, c'est-à-dire jusqu'après l'effacement complet de la teinte rouge brunâtre, dernière survivance des plaques psoriasiques. On a dit avec raison que le psoriasis affecte de préférence les individus forts et pléthoriques; aussi, lorsque nous constatons en effet la prédominance du tempérament bilioso-sanguin, nous avons l'habitude de donner l'arsenic concurremment avec les alcalins. Nous donnons, dans l'intervalle des repas, quatre cuillerées par jour, en deux doses, d'essence alcaline de

salsepareille, et, à chacun des trois repas, 2 ou 3 milligrammes d'arséniate de soude. La salsepareille et les alcalins, en outre de l'action dépurative et modificatrice qu'ils exercent par eux-mêmes, ont encore l'avantage de tempérer l'action par trop tonique et par trop excitante que pourrait avoir l'arsenic sur une constitution où domine l'élément sanguin. Dans les cas, au contraire, où la constitution est naturellement faible et anémiée, ou bien lorsqu'elle a été débilitée par le psoriasis lui-même, et qu'elle a commencé à subir de son fait un degré plus ou moins avancé de cachexie herpétique, il est bon d'adjoindre à l'arsenic l'usage du fer, du quinquina et des autres amers. Dans ce cas, nous donnons aux malades, à chaque repas, en outre de l'arséniate de soude, une préparation ferrugineuse, et nous donnons toujours la préférence à l'essence de salsepareille, non plus alcaline, mais ferrugineuse, dont chaque cuillerée tient en dissolution 50 centigrammes de citrate de fer; le malade en prend une cuillerée à chaque repas, en même temps que la préparation arsenicale. Cette adjonction du fer à l'arsenic est encore parfaitement indiquée dans toutes les dermatoses, quelles qu'elles soient, lorsque la constitution est fatiguée par la longue durée de la maladie, par l'état de gêne et de souffrance qu'elle occasionne, et par l'abondance des sécrétions, sèches ou humides, qu'elle produit. Tout ce que nous avons dit du traitement du psoriasis s'applique au *prurigo* et au *lichen, lorsque celui-ci est devenu chronique.*

4° **Dermatoses syphilitiques.** — La syphilis a son spécifique incontestable, bien que contesté : c'est le mercure. C'est le spécifique souverain et non détrôné, mal-

gré les attaques qu'il a subies, dans ces derniers temps, des accidents primitifs et secondaires. Quand faut-il le donner? Faut-il attendre l'induration du chancre, premier acte de la constitutionnalité de la syphilis?—Non; ce serait faire perdre au malade, pour son traitement, quinze ou vingt jours. Encore moins ne devra-t-on pas attendre l'éclosion des accidents cutanés. Ce serait une perte de six semaines à deux mois. Aussitôt qu'un chancre a été bien et dûment constaté, nous donnons le mercure, et cela par plusieurs raisons : 1° parce que l'on n'est jamais sûr que ce chancre ne sera pas un *chancre induré;* or, si le chancre doit s'indurer, le mercure donné *ab ovo* et à titre préventif sera une atténuation pour l'intensité et la durée des accidents constitutionnels futurs; 2° parce que, quand même le chancre serait et resterait un *chancre mou*, il pourrait encore donner lieu à une syphilis constitutionnelle; c'est là une vérité démontrée aujourd'hui, et nous possédons des exemples et des preuves de ce fait rare, il est vrai, mais incontestable; 3° parce que, enfin, le mercure, administré comme il doit l'être, ne fait courir aucun danger au malade, et que, au lieu de porter atteinte à sa santé générale, il la fortifie, au contraire, ainsi que nous l'avons établi et que l'expérience le démontre. Il n'y a donc aucun inconvénient, et tout avantage au contraire, à donner le mercure tout de suite, aussitôt que l'on est certain que l'on a affaire à un chancre. C'était la pratique de notre premier maître, M. Huguier; nous l'avons adoptée, et nous la recommandons. Le mercure est donc le spécifique des accidents primitifs et secondaires; on doit le donner pendant toute leur durée, et jusqu'après leur entière et complète disparition, c'est-à-

dire pendant deux, trois, quatre mois, et quelquefois davantage. C'est à l'état de protoiodure que nous donnons le mercure : ce sel mercuriel est celui que les malades supportent le mieux; nous le faisons prendre en pilules, associé à un extrait dépuratif et à une faible quantité d'opium, pour en faciliter la tolérance. Nous ne le donnons jamais à une dose supérieure à 3 centigrammes. Chacune de nos pilules se compose de :

Protoiodure de mercure.	0,03
Extrait de gentiane.	0,10
Extrait d'opium.	0,01

Le malade en prend une tous les matins à jeun.

Nous y ajoutons quelques tisanes amères, et, si la constitution du malade est anémiée ou strumeuse, du quinquina, du fer, de l'huile de foie de morue. Tel est notre traitement contre le *chancre primitif*, *mou et induré*, contre la *roséole*, contre la *syphilide papuleuse*, *papulo-squameuse*, *tuberculeuse* et *tuberculo-squameuse*, contre la *syphilide circinée*, *annulaire*, *précoce* ou *tardive ;* en un mot, contre toutes les *syphilides non ulcéreuses*, *précoces* ou *tardives*, *généralisées* ou *en groupes*.

Quand les syphilides sont *ulcéreuses*, elles deviennent, du fait même de l'ulcération de la peau, l'expression d'un degré plus profond et plus grave d'imprégnation de la constitution par le virus syphilitique ; ce sont presque des accidents tertiaires; aussi le mercure est-il insuffisant. Nous lui adjoignons alors l'iodure de potassium, et nous faisons prendre au malade, chaque jour, une pilule de protoiodure de mercure et un gramme d'iodure de potassium; quelquefois nous allons jusqu'à deux grammes, mais rarement au delà. Sou-

vent nous donnons l'iodure de potassium dissous dans l'essence alcaline de salsepareille ; le principe alcalin de cette liqueur, si énergiquement dépurative, fait accepter l'iodure de potassium plus facilement par l'estomac, et prévient tout trouble ou accident intestinal. Nous avons alors l'essence alcaline iodurée de salsepareille ; chaque cuillerée contient un gramme de bi-carbonate de soude, et cinquante centigrammes d'iodure de potassium ; nous en donnons deux, trois et quatre par jour, au maximum, en deux doses ; chaque dose se prend pure, ou dans un demi-verre d'eau. D'autres fois, nous donnons le mercure et l'iodure de potassium réunis dans la même dissolution, sous la forme du sirop de Gibert. Chaque cuillerée de ce sirop contient cinquante centigrammes d'iodure de potassium et un centigramme de biiodure de mercure ; nous en donnons une ou deux par jour, au maximum. C'est ainsi que nous traitons les ulcérations syphilitiques de la peau, c'est-à-dire les *syphilides ulcéreuses*, *serpigineuses* ou non *serpigineuses*, les *syphilides pustulo-crustacées*, l'*ecthyma* et le *rupia syphilitique*.

Le phagédénisme étant toujours la conséquence d'un trouble profond survenu dans la santé générale, et d'un mauvais état de la constitution, doit être combattu surtout, et avant tout, par un traitement général en harmonie avec les désordres qui se sont produits (vomitifs, purgatifs, stimulants des fonctions digestives, toniques réparateurs, bonnes conditions hygiéniques, repos, etc.).

3° **Dermatoses scrofuleuses.** — Quel que soit le caractère ou la gravité des *scrofulides*, que ce soit une simple *scrofulide érythémateuse*, ou une *scrofulide ulcéreuse*,

en superficie ou en profondeur (*lupus vorax*); que la peau soit simplement soulevée par des ganglions hypertrophiés, ou qu'elle soit amincie et détruite par ces ulcérations et ces décollements pathognomoniques de la scrofule, ce sera toujours au traitement antistrumeux qu'il faudra avoir recours : huile de foie de morue, solutions d'iodure de potassium iodurées, sirop de raifort iodé de Dorvaux, vin iodé de Béguin, ferrugineux, amers, phosphate de chaux, etc., et surtout une hygiène aussi bonne que possible au point de vue des aliments, des habitudes et de l'habitation.

6° **Dermatoses symptomatiques d'un mauvais état de la santé générale.** — *Ecthyma cachecticum, rupia, pemphigus, purpura hemorrhagica, prurigo senilis.* — C'est encore ici surtout de l'hygiène et de la reconstitution du malade qu'il faudra se préoccuper : changement d'air, alimentation succulente, viande crue, vins généreux, boissons alcoolisées, potion de Todd, quinquina, eaux minérales gazeuses et ferrugineuses, telles que les eaux de la Bauche, d'Orezza, de Marcols, etc...

7° DERMATOSES SAISONNIÈRES. — *Herpès, érythème, miliaire, varicelle, lichen aigu, purpura simplex.* — Quelques jours de repos, de diète, de boissons rafraîchissantes ou légèrement purgatives, suffisent le plus souvent pour avoir raison de ces affections habituellement sans durée et sans gravité.

Tel doit être le traitement interne ou général des maladies de la peau. Cet exposé thérapeutique, trop sommaire et trop rapide pour être complet, aura suffi cependant pour faire ressortir ce grand fait sur lequel

on ne saurait trop insister, à savoir : que les maladies de la peau n'étant, le plus souvent, que le symptôme et la manifestation des divers états pathologiques qui peuvent affecter l'économie, ne peuvent être guéries que par un traitement altérant, déduit des *troubles intérieurs* ou *de la diathèse* dont elles émanent.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Pages

DIXIÈME LEÇON.

ONZIÈME LEÇON.

DOUZIÈME LEÇON.

TREIZIÈME LEÇON.

QUATORZIÈME LEÇON.

QUINZIÈME LEÇON.

SEIZIÈME LEÇON.

DIX-SEPTIÈME LEÇON.

DIX-HUITIÈME LEÇON.

DIX-NEUVIÈME LEÇON.

VINGTIÈME LEÇON.

VINGT ET UNIÈME LEÇON.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON.

VINGT-TROISIÈME LEÇON.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES DE LA PEAU

Traité des maladies de la peau, comprenant les exanthèmes aigus, par M. Hébra, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, traduit par M. le Dr Doyon.

Tome I. 1 vol. grand in-8. . . . . 16 fr.
Tome II. Fascicules 1 et 2. 9 fr.

Traité pratique des maladies de la peau, par M. le Dr A. Devergie. 3e édition. 1 vol. in-8, avec figures dans le texte. . 10 fr.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau, par M. le Dr Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8. . . . 8 fr.

De l'herpès récidivant des parties génitales, par M. le Dr Doyon. 1 vol. in-8. . . . . 3 fr. 50

Égypte et Palestine, observations scientifiques et médicales, par le Dr E. Godard, avec une préface par M. le professeur Ch. Robin. 1 vol. grand in-8, avec un atlas in-4 de 27 planches lithographiées, d'après les dessins de l'auteur. . . . . 24 fr.

Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées. (Voy. ci-dessus.)

ACCOUCHEMENTS. — MALADIES DES FEMMES

Atlas de l'art des accouchements, par MM. Lenoir, Marc Sée et Tarnier. 1 fort vol. grand in-8 jésus de 105 planches dessinées d'après nature, accompagnées d'un texte explicatif en regard.

Prix : planches noires et reliure demi-maroquin . . . . . . 60 fr.

— Le même ouvrage, planches coloriées, reliure demi-maroquin. . . . . 110 fr.

Manuel d'accouchements, comprenant la pathologie de la grossesse et les suites de couches, par M. le professeur Schröder ; traduit sur la 4e édition et annoté par M. le Dr Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 de 750 pages, avec 155 figures dans le texte. . . . . 14 fr.

Manuel d'obstétrique, ou aide-mémoire de l'élève et du praticien, par M. le Dr Nielly, médecin de 1re classe de la marine, agrégé d'accouchements à l'école de médecine navale de Brest. 1 vol. in-8 diamant, cartonné à l'anglaise, de 224 pages, avec 47 figures dans le texte. . . . . 4 fr.

De la métrite chronique, par M. le Dr Scanzoni ; traduit de l'allemand par M. le Dr Siefferмann. 1 vol. in-8. . . . . 7 fr.

Traité clinique des maladies des femmes, par M. le Dr Robert Barnes, traduit de l'anglais par M. le Dr A. Cordes, précédé d'une préface de M. le professeur Pajot. 1 vol. grand in-8 de 800 pages, avec 170 figures dans le texte. . . . . 16 fr.

Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies, ou Guide de l'accoucheur dans les cas difficiles, par Robert Barnes ; traduites sur la seconde édition, par le Dr Cordes, avec une préface du professeur Pajot. Paris, 1873. 1 vol. grand in-8 avec 113 figures. . . . . 12 fr.

Sceaux. — Imp. M. et P.-E. Charaire.

NAME	DATE DUE

